



T.C
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MENOPOZDAKİ KADINLARIN SUÇLULUK VE UTANÇ
DUYGULARININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

PELİN ZİVDİR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET

GAZİANTEP
2017



T.C
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MENOPOZDAKİ KADINLARIN SUÇLULUK VE UTANÇ
DUYGULARININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Pelin ZİVDİR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET

GAZİANTEP

2017

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

MENOPOZDAKİ KADINLARIN SUÇLULUK VE UTANÇ DUYGULARININ
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

PELİN ZİVDİR

Tez Savunma Tarihi: 03.01.2017
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir "Yüksek Lisans" derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmzası

Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU

Doç. Dr. Birgül ÖZÇIRPICI

Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

03.01.2017

Pelin ZIVDIR

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimim ve tez çalışmam sırasında; emek, yardım, hoşgörü, sevgi ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET'e,

Eğitim süresi boyunca eğitimime olan değerli katkılarından dolayı tüm hocalarıma,

Anket çalışmam sırasında bana destek veren ve mahalle halkının çalışmamı benimsemesinde yardımcı olan Şirinevler Mahallesi Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına, tezimin veri tabanını oluşturan tüm değerli katılımcılara,

Tez çalışmam sırasında yardımlarını esirgemeyen ve görüşlerini paylaşarak doğru yol izlememi sağlayan Psikolog Salih Fırat CANPOLAT'a,

Hayatımın her alanında beni destekleyen ve bana güvenen sevgili annem Hilal ZIVDIR'a ve babam Mustafa ZIVDIR'a,

Eğitim süresince beni motive eden ve yanımda olduklarını her daim hissettiren kardeşim Emre ZIVDIR'a, ablam Gülşen ZIVDIR YALÇIN'a ve eniştem Uğur YALÇIN'a,

Dostluklarını her daim hissettiren ve bu süreçte yardımlarını esirgemeyen Alev ONAY ve Zehra ŞAN'a,

Tez dönemi süresince benden desteklerini esirgemeyen, başarılı olacağıma inanan tüm arkadaşlarıma,

en içten teşekkürlerimi sunarım.

Pelin ZIVDIR
GAZİANTEP/2017

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR	iii
TABLolar LİSTESİ	iv
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ ve AMAÇ	3
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1.Menopoz	5
2.1.1. Menopoz ve Psikolojik, Sosyal, Kültürel Faktörlerin Önemi	5
2.1.2. Menopozun Fizyopatolojisi	6
2.1.3. Menopozun Sınıflaması	6
2.1.4. Menopoza Girişi Etkileyen Faktörler	7
2.1.5. Menopozda Görülen Değişiklikler	7
2.1.6. Menopoz ve Cinsellik	8
2.1.7. Menopoz Komplikasyonları	9
2.1.8. Menopoz Tedavisi	10
2.1.9. Dünyada ve Türkiye’de Menopoz İle İlgili Gelişmeler	11
2.1.10. Menopozal Dönem ve Hemşirelik Yaklaşımı	12
2.2. Suçluluk ve Utanç	13
2.2.1. Suçluluk-Utanç Duyguları ve Menopoz	13
2.3. Yaşam Kalitesi	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Tipi	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	16
3.4. Verilerin Toplanması	16
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	17
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	17
3.7. Araştırmanın Güçlük ve Sınırlılıkları	17
4.BULGULAR	18
5.TARTIŞMA	44
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	58
7.KAYNAKLAR	61
8.EKLER	70
9.ÖZGEÇMİŞ	76

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DXA	Dual X-Işını Absorbsiyometri
E2	Östradiol/Östrojen
FSH	Folikül Stümile Edici Hormon/Folikül Uyarıcı Hormon
HDL/HDL-C/HDL-K	High Density Lipoprotein/Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
LDL/LDL-C/HDL-K	Low Density Lipoprotein/Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
LH	Lütein Yapıcı Hormon
REM	Rapid Eye Moment
SSRI	Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörü
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1 Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri	18
Tablo 2 Kadınların Kronik Hastalık Özellikleri	19
Tablo 3 Kadınların Eşlerinin Kadına Davranış Özellikleri	19
Tablo 4 Kadınların Evlenme Ve Üreme Özellikleri	20
Tablo 5 Kadınların Menopoz Ve Menopoz Sorunları Dağılımı	21
Tablo 6 Kadınların Menopozu Algılama Özellikleri	22
Tablo 7 Kadınların Menopoz İle İlgili Bilgi ve Tedavi Alma Özellikleri	23
Tablo 8 Kadınların Menopozda Cinsel Yaşam ve Tutum Özellikleri Dağılımı	24
Tablo 9 Kadınların Suçluluk-Utanç Ölçeğine Verdikleri Cevap Dağılımı	25
Tablo 10 Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeğine Verdikleri Cevap Dağılımı	26
Tablo 11 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama ve Standart Sapma Dağılımı	28
Tablo 12 Suçluluk-Utanç Ölçeği Ortalama ve Standart Sapma Dağılımı	29
Tablo 13 Suçluluk-Utanç ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Gruplarının Korelasyonu	30
Tablo 14 Kadınların Evlenme-Menopozu Algılama Ve Menopoz Verilerine Göre Ölçekler Alt Grup ve Puan Ortalamalarının Dağılımı	31
Tablo 15 Suçluluk-Utanç Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grup Değer Dağılımı	32
Tablo 16 Sosyo-Demografik Özellikler, Menopoz Algısı ve Cinselliğe Göre Yaşam Kalitesi, Suçluluk-Utanç Dağılımı	33
Tablo 17 Suçluluk-Utanç ile Yaşam Kalitesi Alt Gruplarının İlişkisi	34
Tablo 18 Menopozda Saygınlık Görmenin Kadına ve Evlenme Özelliğine Göre Dağılımı ...	35
Tablo 19 Menopozu Kötü Algılamaya Göre Eşlerin Kadına Davranış Özellikleri Dağılımı ..	35
Tablo 20 Menopozun Kadına Bağlı Olmasına Göre Cinsel Yaşam Özellikleri Dağılımı	36
Tablo 21 Menopozda Bilgi Almanın Suçluluk Üzerine Etkisi	37
Tablo 22 Menopozda Sıkıntı Yaşama ve Belirtilerinin Suçluluk-Utanca Etkisi	38
Tablo 23 Kadınların Menopozu Algılama Durumunun Suçluluk-Utanca Etkisi	39
Tablo 24 Menopoz Döneminde Doktora Başvurmanın Suçluluk-Utanca Etkisi	40
Tablo 25 Menopozu Yönelik Bilgiye Sahip Olmanın Suçluluğa Etkisi	41
Tablo 26 Menopozun Kötü Durum Olması Düşüncesinin Suçluluk Üzerine Etkisi	41
Tablo 27 Depresif Duygular Hissetmenin Suçluluk ve Utanç Üzerine Etkisi	42
Tablo 28 Menopozda Cinsel Yaşamın Suçluluk Üzerine Etkisi	43

ÖZET

MENOPOZDAKİ KADINLARIN SUÇLULUK VE UTANÇ DUYGULARININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Pelin ZIVDIR

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET

2017, 76 sayfa

Bu çalışma Eylül 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında Gaziantep ili Şehitkâmil ilçesi Şirinevler mahallesinde yaşayan 40 yaşından büyük menopoza girmiş kadınların menopozda yaşadıkları değişimleri, menopoza bakış ve yaşayış tarzlarını ve bunun kadınlar üzerindeki suçluluk ve utanç yaratabilme etkisinin yaşam kalitelerine yansımalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı-kesitsel olarak yapılmıştır. Çalışmada evrendeki 800 kişiden 500 kişi örnekleme oluşturmuştur. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Suçluluk-Utanç ve WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi ölçekleriyle toplanmıştır. İstatistiksel analizlerde SPSS 18 programı kullanılmıştır.

Araştırmaya katılanların %46,6'sı 49-54 yaşında, %78,6'sının okur-yazar olmadığı, %60,4'ünün 1-5 yıldır menopozda olduğu, %49,2'si son adetlerini 45-49 yaşlarında gördükleri saptanmıştır. Kadınların %87,8'inin fiziksel ve psikolojik sıkıntı yaşadığı, %37,8'i eşlerinden kısmen şiddet gördüğü saptanmıştır. Kadınların menopozu %55'i kötü bir durum, %45,4'ü hastalık, %56'sı kısırlık olarak algıladığı saptanmıştır. Ölçeklerde suçluluk faktörü $48,95 \pm 0,37$, utanç faktörü $44,89 \pm 0,27$, bedensel alan $10,64 \pm 0,42$, ruhsal alan $10,96 \pm 0,39$, sosyal alan $11,12 \pm 0,49$, çevre alan $10,84 \pm 0,37$ belirlenmiştir. Suçluluk; Bedensel, Ruhsal, Sosyal ve Çevre alan arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Menopozun kötü bir durum olup olmadığını düşünme ile hissedilen suçluluk duygusunu anlamlı derecede etkilediği tespit edilmiştir ($p < 0,001$). Sahip olunan bilginin algılanan suçluluğu anlamlı şekilde etkilediği tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Araştırmada kadınların suçluluk ve utanç düzeylerinin arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı, kadınların suçluluk-utanç ve yaşam kalite düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, Suçluluk, Utanç, Yaşam Kalitesi, Kadın Sağlığı.

ABSTRACT

EFFECT OF FEELINGS OF GUILT AND SHAME ON LIFE QUALITY OF WOMEN IN MENOPAUSE

Pelin ZIVDIR

Masters Thesis

Department of Nursery Public Health Nursery Masters Degree Programme

Thesis Advisor: Associate Professor Rabia SOHBET

2017, 76 Pages

Current study was conducted between September 2014–January 2015 in Gaziantep, Şhitkamil, Şirinevler district. Purpose of the study was to measure changes experienced, point of view on menopause, and life style of women who are older than 40, living in Şirinevler, and within post-menopause and how these factors effected their feelings of guilt and shame. Research is descriptive-cross-sectional. Out of universe consisting of 800 women, 500 participants have joined the study. Data collected by Personal Information Form, Guilt-Shame Scales and WHOQOL-BREF Life Quality Scales. IBM SPSS 18 was used to conduct statistical analysis.

Analysis indicated that 46.6% of the participants were between 49-54 years of age, 78.6% of the participants was not literate, 60.4% of the participants were within post-menopause for 1 to 5 years, 49.2% of the participants had their last menstruation between 45 to 49 years of age, 37.8% of the participants were was subjected to domestic violence. 55% of the participants declared menopause as a predicament, 45.4% as a disease and 56% as infertility. Results of scales were as follows; guilt factor $48,95\pm 0,37$, shame factor $44,89\pm 0,27$, body $10,64\pm 0,42$, mental $10,96\pm 0,39$, social $11,12\pm 0,49$, environment $10,84\pm 0,37$. No significant correlation found between Guilt: Body, Mental, Social, and Environmental area ($p<0,05$). It was found that there was a significant correlation between the thought that menopause is not a bad thing and the perceived guilt ($p<0,001$). Results of analyses indicate that information about menopause significantly correlates between perceived guilt ($p<0,05$). Current study found that as perceived shame and guilt increases, the life quality of the sample decreases and the average life quality of the sample was below average.

Keywords: Menopause, Guilt, Shame, Life Quality, Women's Health.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın sağlığı, aile ve toplum sağlığı ile doğrudan ilişkili olması nedeniyle sağlık hizmetlerinde öncelik taşıdığı görölmektedir(1). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerine göre kadınlarda beklenen yaşam süresi 80,7 yıldır. Ortalama yaşam süresindeki artışa paralel olarak son 20-30 yılda yaşlı nüfusun artması menopoza sonrası dönemde geçirilen süreyi uzatmaktadır(2,3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) menopoza ovaryum aktivitesinin yitirilmesi sonucunda meydana gelen menstrüasyonun kalıcı sonlanması olarak tanımlamıştır(4). Menopoz biyolojik faktörler kadar psikolojik, sosyal ve kültürel faktörleri de etkilemektedir(5,6). Menopozun algılanması, menopozal tutum ve menopozal yakınmalar üzerinde; gelenek-görenek, etnik yapı, toplumun yaşlıya ve kadına verdiği değer, kadının rolü, cinsellik, kadının yaşam felsefesi, kadının ve toplumun menopoza yüklediği anlam gibi kültürel özellikler önemli bir etkiye sahiptir(7,8,33). Kadınsallığın azalması hissi kendilik değerinde azalmaya yol açarken, yaratıcılık kaybı boşluk hissine neden olabilmektedir(10). Menopoz öncesi yaşamında aktif olmayan ve yoğun sıkıntılar yaşayan, kalıcı şeyler bırakmamış kadınlar bu dönemi diğerlerine göre daha problemlilerdir(11,12). Toplumun menopozdaki kadınlara yönelik olumsuz bakış açısı kadının özgüvenini düşürmekte ve kendine yönelik olumsuz bakış kazandırmaktadır(13). Türk toplumunda kadınların aile içindeki konumları, eşlerin bu döneme bakış açısı, görev ve sorumlulukları bu dönemle başa çıkmada büyük önem taşımaktadır(14). Bazı araştırmalar kadınların bu süreci normal karşıladığını(15), bazıları da kadının depresif ve kadınlığın kaybı olarak düşündüğünü belirtmiştir(10). Denizli’de bir çalışmada menopozun yaşlılık ve işe yaramazlık olarak algılandığı saptanmıştır(16, 39). Çin’deki çalışmada vazomotor semptomlardan çok psikolojik ve somatik semptomların yaşandığı tespit edilmiştir(17). Bu süreçte yaşanan depresif sorunlar halk sağlığı problemlerinde önemli bir yere sahiptir(19).

Suçluluk-utanç duygularının az/çok yaşanması kişilerin psikolojilerini olumsuz etkilemektedir. Bu durum sosyalleşmelerini engellemekte ve sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır(20). Yapılan araştırmalar erkeklerin kadınlardan daha az suçluluk ve utanç yaşadıklarını belirlemiştir(20,21). Suçluluk ve utanç kavramlarının bazı araştırmacılar tarafından kültürden kültüre değiştiği savunulmaktadır(22). Bu bağlamda menopozdaki kişilerin suçluluk ve utanç duygularını yaşayacağı düşünölmektedir.

Kadınların menopozda yaşadıkları deneyimle birlikte yaşam kalitelerinde etkilenmektedir(23, 24). Menopozda kadınlara bu durumun doğal bir süreç olduğu anlatılmalı ve yaşam kalitesi iyileştirmeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Bu dönemde oluşabilecek suçluluk ve utanç duygularının olumsuz etkilerinin yaşam kalitelerini en az etkileyecek şekilde geçirilmesi önemlidir. Hemşirelerin, menopoz dönemindeki kadınların durumlarını iyi tanımlamaları, karşılaştıkları sorunlarla baş etmeleri konusunda yardım ve destek sağlayacaktır (6). Konuyla ilgili literatür incelemeye alındığında, menopoz dönemi ve sonrasında kadının

suçluluk ve utanç duygularının yaşam kalitesine etkisini değerlendiren herhangi bir araştırma bulunmaması bu konu üzerinde çalışılması ihtiyacını gündeme getirmiştir.

Bu araştırma, Gaziantep ili Şehitkâmil ilçesi Şirinevler mahallesinde yaşayan 40 yaşından büyük menopoza girmiş kadınların menopozda yaşadıkları değişimleri, menopoza bakış ve yaşayış tarzlarını ve bunun kadınlar üzerindeki suçluluk ve utanç yaratabilme etkisinin yaşam kalitelerine yansımaları belirlemek amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menopoz

Menopoz, over fonksiyonlarındaki gerilemeye bağlı kadının hayatındaki üreme yeteneğinin sona ermesi demektir(25).

Menopoz Yaşı: Dünyada, menopoz yaşı yaklaşık 45-55 yaşları arasında olduğu belirtilmektedir(49). 2008 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) ülkemizde 48-49 yaş grubu kadınların %42'sinin, menopoza girdiğini göstermektedir(50).Türkiye için ortalama menopoz yaşı 48-51'dir(26, 44, 51, 52). Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda ise doğal menopoz yaşının 46 ile 48,9 yaşlar arasında olduğu saptanmıştır(17, 52, 53).

Menopoz ve Tarihsel İnceleme: Tarihsel olarak incelendiğinde, menopoza ilişkin yaklaşımların zaman içinde değişikliğe uğradığı görülmektedir. 1727 yılında kadınların menopozda yaşadıkları sıkıntılardan bahsedilmeye başlanmıştır. Menopoz; Fransa'da 'kadınlığın sonu', İngiltere'de 'Adetten kesilme' olarak ifade edilmiştir(9). Hipokrat menopozda yaşanan sıkıntıların belli bir zaman sonra kadının kalbine ve kafasına baskı yapması sonucu ortaya çıktığını belirtmiştir(31). Rönesans'a kadar menopozla ilgili bilimsel bir gelişme gerçekleşmemiştir. Menopoz 19.yy ile birlikte modern tıp açısından değerlendirmeye başlanmıştır. Bu dönemde kadınların involüsyonel melankoli yaşadıkları düşünülmektedir. 21. yüzyıla gelindiğinde menopozun başlangıcında depresyon, çabuk sinirlenme, gerginlik ve kişilikte değişimler görüldüğü ve bunların menopozun sonuçları olduğu ifade edilmiştir(5). Kadınların yaşlanma ile ilgili endişeleri, çocuk doğurma yeteneğinin kaybı ve görünümdeki değişikliklerin farkındalığı, sosyal ve sembolik anlamlarla birleşerek bu dönemin yaşanmasını zorlaştırmaktadır(32).

2.1.1. Menopoz ve Psikolojik, Sosyal, Kültürel Faktörlerin Önemi

1986 yılında Bowles kurumsal bir modelden bahsetmiştir. Bu modelde menopoz yaşantısının belirlenmesi ve menopoza ilişkin tutumların oluşması ile ilgili iki görüşten söz edilmektedir. Bu iki görüş toplumun bireylere bakış açısı, inançları, beklentilerinin menopoza yönelik tutumlar üzerinde etkisi olduğu ve bu etkinin bireylerin menopoz dönemindeki tutumlarını şekillendirdiğini savunmaktadır(9, 35). Bazı kültürlerde kadının saygınlığı, toplum içerisindeki yeri cinsellikle belirlenmekte bu menopozun sembolik ve fiziksel anlamından kaynaklanmaktadır(9, 34). Bazı toplumlarda menopozla birlikte kadınların saygınlığı, değeri, kabul edilebilirliği ve rolünün artması menopozla ilgili sorunların az yaşanmasına sebep olmaktadır(12, 26). Genellikle geleneksel toplumlarda gözlenen bu durumda kadının statüsü güçlü hale gelerek aile içinde daha etkin olmaktadır. Hindistan'daki kadınlar bu duruma örnek gösterilebilir(36). Geleneksel toplumlarda menopoza uyum sağlamak daha kolaydır(37). Menopoza verilen ruhsal tepkinin bireyin kişilik yapısı ve psiko-sosyal durumunun etkili olduğu

düşünülmektedir(38). Menopozda sıklıkla gözlenen ruhsal sorunlar arasında depresyon yer almaktadır. Kadınlar erkeklere göre yaşamları boyunca daha fazla depresyon, anksiyete ve duygulanım bozuklukları yaşama yönünden risk altındadır(40, 41). Menopoz öncesi dönemde depresyon görülme sıklığı %5,8-11 olarak saptanmıştır(19). Araştırmalar menopozda kadınların hafif derecede depresyon yaşadığını(16), depresif durumun kadının yaşadığı sorunlarla ilişkili olduğu(42), %78,7 depresif semptomlar görüldüğü saptanmıştır(11). 2006 yılında yapılan çalışmada %31,4 majör depresyon, %34,9 yaygın anksiyete bozukluğu, %17,4 intihar düşüncesi, %5,8 panik bozukluk olduğu belirlenmiştir(43). Kadının menopozda olması duygusal süreç yaşamasını etkileyen bir durumdur(43). Kadının depresyon yaşamasını menopoz öncesi yaşadığı sıkıntılar, menopoza bakış açısı, sosyo-ekonomik durumu ve toplumsal değerlerdende etkilendiğinden söz edilmektedir(12, 37, 41, 44). Aile yapısı, eş ve çocuklarla ilişkiler, sosyal çevrenin algısı, kadının rolündeki değişiklikler menopozda ruhsal durumunu büyük ölçüde etkilemektedir(12, 33). Aynı zamanda beden imajında ve benlik saygısında meydana gelen değişme cinsel doyumu etkilemekte depresyona eğilimi arttırmaktadır(18, 42). Kadınların eşleriyle ilişkileri ve ailede kararlarda söz sahibi olması bu dönemde sıkıntılarla baş etmede önemli rol oynamaktadır(14, 28, 36, 44).

2.1.2. Menopozun Fizyopatolojisi

Foliküller, pubertede 380-400 bin civarında iken 40'lı yaşların başlangıcında 8000'e kadar inmektedir. Östrojenlerin primer üretim yeri olan foliküllerdeki bu azalma, östradiol (E2) düzeyinde de azalmaya ve bununla ilişkili olarak folikül sitümüle edici hormonun (FSH) artmasına yol açmaktadır. Bu artmayla birlikte birçok folikül aynı zamanda gelişmekte ve östradiol seviyesi normale ulaşmaktadır. Fakat folikül fazı ve dolayısıyla siklus süresi hafifçe kısalarak klimakteriumdaki ilk adet düzensizlikleri başlamış olur(45, 46). FSH'ı inhibe eden ve overlerden salgılanan inhibin'in yaşlanma ile birlikte bir azalma göstermesi belirleyici bir faktör olmaktadır(47). Menopozdan 2 – 3 yıl sonra, FSH 10 kat, Lütein Yapıcı Hormon (LH) 3 kat artmaktadır. Yaşlanmada FSH artışı ve inhibin azalışı belirleyici olmaktadır(48).

2.1.3. Menopozun Sınıflaması

Fizyolojik Menopoz: Patolojik/fizyolojik bir neden olmaksızın ardışık 12 ay boyunca amenorenin gözlenmesi olarak ifade edilir(27,54). 45–50 yaşları arasında gonadotropinlere duyarlı primordial foliküllerin tükenmesi ve geride kalan az sayıda foliküllerin de gonodatropinlere cevap vermemesidir(30). Fizyolojik menopoz 3 dönemden oluşur;

Premenopoz: İlk semptomların görüldüğü dönemdir. DSÖ menopozdan önceki 2-6 yıllık süre olarak ifade etmiştir. Premenopozda belirti görülmemektedir. Düzensiz sikluslar birkaç ay veya birkaç yıl sürebilmektedir(54).

Menopoz: Menstrual siklusun sona ermesi olarak ifade edilmektedir. “Menopoz” diyebilmek için geçmiş 12 aylık menstrual periyoda bakmak gerekmektedir(54).

Postmenopoz: DSÖ’ye göre menopozdan sonraki 6-8 yıllık süredir(54).

Cerrahi Menopoz: Her iki overin cerrahi olarak çıkarılması/overyan fonksiyonlarının iatrojenik olarak (kemoterapi veya radyoterapi vb.) nedenlerle sonlanmasıdır(54).

2.1.4. Menopoza Girişi Etkileyen Faktörler

Menopoz dönemine giriş zamanının erken veya geç oluşunda bazı faktörler etkili olmaktadır. Çalışan ve sigara içen kadınlar menopoza erken girerken, seksüel yaşantısı devam eden, çok doğum yapmış, bekâr veya boşanmış kadınlarda menopoz daha geç görülmektedir(29, 55). Sağlık ile ilgili eğitim veren kişilerin kadınların gereksinimlerini belirlemede eğitimleri artırarak etkinliği arttırmalıdır(56). Bunlar;

- Genetik Faktörler
- Genital Faktörler
- Psşik Faktörler
- Fiziki ve Çevresel Faktörler
- Sigara Kullanımı
- Sağlık Sorunları
- Sosyal Faktörler(57)

2.1.5. Menopozda Görülen Değişiklikler

Menopoz dönemde, östrojen hormonunun azalmasına bağlı olarak kadınlarda bazı değişimler görülmektedir(58). Menopozda kısa süreli olarak psikolojik, vazomotor ve atrofik değişiklikler yaşanmaktadır(57,59).

Sıcak Basması: Mekanizması tam aydınlatılmamış olan vazomotor değişikliklerin belirtileri genellikle “yüz kızarması”, “ateş basması”, “gece terlemesi” şeklinde görülmektedir. Bu üç belirtinin hepsine birden, "sıcak basması" denilmektedir(60). Sıcak basmaları için tedavi seçeneklerinden birkaç tipi hormonal, nonhormonal ve nonfarmakolojik tedavilerdir(61). Sıcak basması için reçetesiz şekilde satılabilen progesteronlu krem kullanımı ABD ve Kanada’da artış göstermiştir(62). Yapılan bir çalışmada, düzenli fiziksel egzersiz ile menopozal dönemdeki sorunların azalabileceği belirlenmiştir(63). Sıkıntı yaşayanlar tedavi olmadan semptomların sıklıkla 3–5 yıl içinde yavaşça gerileyeceği konusunda bilgilendirilmelidir(61).

Santral Sinir Sistemi Değişiklikleri: Östrojen reseptörlerinin kortekste, limbik sistemde, hipokampüste, serebellumda, lokus seruleus’ta, hipotalamusta, preoptik alanda ve amigdal’de varlığından söz edilmektedir. Serotonerjik sistemdeki düzenleyici etkileri dolayısıyla östrojenin duygu-durum ve emosyonel işlevler üzerindeki etkileri gösterilmiştir(61).

Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri: Menopoza giren kadınlarda, katı gıdaların mide boşalma zamanının uzamış olduğu gözlenmiştir(61).

Oftalmik Değişiklikler: Menopozun başlamasıyla ortaya çıkan göz kuruması çok yaygındır. Bu sonuç hormonal desteğin kaybına bağlıdır(61).

Uykusuzluk: Uyku, sağlıklı yaşamın en önemli fizyolojik gereksinimlerinden biridir. Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni görülmektedir(64). Malatya’da yapılan çalışmada kadınların %40’ının horlama yakınmasının olduğu saptanmıştır(66). Östrojen, uykuya geçişi kolaylaştıran ve uykunun hızlı göz hareketleri anlamına gelen Rapid Eye Moment (REM) fazını hem sayı hem de süre olarak arttıran bir hormondur. Dolayısıyla postmenopozal kadınlarda uykuya geçiş süresi uzadığı gibi, uyku esnasında alınması gereken REM fazı süresi kısalmış ve kadın kendini yorgun hissederek uyanmaktadır(67). Ayrıca menopozdaki östrojen çekilmesi, düzenli uykuda önemli rolü olan serotonin metabolizmasını azaltarak, uyku bozukluklarına neden olabilmektedir(65). Oliveria’nın çalışmasında, terapötik masajın uyku semptomlarında azalma sağladığı belirlenmiştir(68). Hachul ve ark. akupunktur sonrası kadınların uyku ve yaşam kalitesinin arttığını gözlemiştir(69).

Ürogenital Sorunlar: Vajinal kuruluk başlıca yaşanan sorundur. Hormon replenman tedavisi semptomları azaltmada etkili olduğu belirtilmekte fakat komplikasyonları açısından belirsizlik bulunmaktadır(4, 70).

Psikolojik Sorunlar: Menopozda oluşan hormonal değişiklikler merkezi sinir sistemini etkileyerek ruhsal değişikliklerin oluşmasına yol açmaktadır(4,48). Yoganın menopozda görülen psikolojik sorunları gidermede etkili olduğu belirtilmiştir(71).

Memede Değişiklikler: Menopozda memede atrofi olmakta, memenin hacmi ve boyutları küçülmektedir. Meme esnekliği kaybolmakla memede sarkmalar oluşmaktadır. Meme başı küçülmekte ve düzleşmektedir. Eretil fonksiyonunda azalma olmaktadır(72).

Deri Değişiklikleri: Menopozda epidermis ve dermiste atrofi olmakta ve bu dokular incelmektedir. Bu atrofi kollagen kaybına bağlı olmaktadır. Ayrıca deri kurur, kırışır, ince kepekli bir hal alır. Saçlı deri ve kıllarda azalma olur(72). Menopoz döneminde yaşanan ağrılarda bağ dokusundaki kaybın etkili olduğu düşünülmektedir(73).

2.1.6. Menopoz ve Cinsellik

Cinsel sağlık yaşam kalitesini etkileyen, benlik saygısını arttıran önemli bir faktördür. Kadınlarda yaşla birlikte cinsel aktivitenin azaldığı, 60 yaş üzeri evli kadınların %53’ünde, 76 yaş üzeri evli kadınların %24’ünde cinsel hayatın devam ettiği, ancak erkeklerde kadınlara göre cinsel hayatın sürekliliğinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir(10,74). Cinsellik, hem toplumsal alanı etkileyen, hem de ondan etkilenen bir olgu olarak kadın yaşamında belirleyici bir rol oynar(10,102). Gelenekler kadının tüm yaşam döngüsü boyunca (puberte, evlilik,

gebelik, menopoz ve yaşlılık dönemi) cinselliğini nasıl yaşaması gerektiğini belirlemektedir(10). Bu dönemde kadının cinsel yaşamını etkileyen değişiklikler şunlardır:

Hormonal Değişiklikler: Kadın bu süreçte vajinal kuruluk, orgazm ya da uyarılma sorunları yaşamaya başlayabilir(10).

Cinsel Fonksiyon Değişiklikleri: Menopoz döneminde kadınlarda sık olarak bildirilen cinsel yakınma, cinsel isteğin değişmesi ile ilgilidir. Bu değişimlere yapılabilen uyum, cinsel doyumu etkilemektedir(10). Sonuç olarak menopoz döneminde orgazm ve cinsel doyum olumsuz biçimde etkilenebilmektedir(10).

Psikolojik Değişiklikler: Depresyon ve anksiyete cinsel doyumu olumsuz etkileyen etmenlerdendir(10). Menopozla ilgili düşüncelerin sorgulandığı bir çalışmada, özellikle düşük eğitim düzeyli kişilerde menopozun yaşlılık başlangıcı, cinsel hayatın azalması ve işe yaramazlık ile bağlantılı olduğu düşünceleri bildirilmiştir(10, 75).

Sağlık Durumu ile İlgili Değişiklikler: Menopoz, aynı zamanda yaşlanma ile birlikte seyreden bir olaydır. Yaşlanma ile birlikte tıbbi hastalıklarda artmaktadır. Bu dönemdeki kadınlarda kardiyovasküler hastalıklarda sık görülmektedir(10). Menopoz döneminde cinsel doyum ve işlev sorunlarının oluşmasında, biyolojik etkenlerden çok döneme özgü sosyal-kültürel etmenlerin, psikolojik sorunların rol oynadığı düşünülmektedir(10, 75). Yapılan bir çalışmada, Türk kadınları menopozu doğal bir olay olarak kabul ettiğini, premenopozal ve postmenopozal dönem yaşam kalitesi skorlarının benzer olduğunu, kadınların %75,4'ünü endişelendirmediği bulunmuştur(10, 76).

2.1.7. Menopoz Komplikasyonları

Osteoporoz: Osteoporoz, düşük kemik kütlesi ve kemik dokusunun mikromimari yapısının bozulması sonucu kemik kırılabilirliğinin ve kırık olasılığının artması ile karakterize sistemik bir iskelet hastalığıdır. Osteoporoz ile ilişkili en sık görülen kırıklar kalça, omurga ve el bileğinde meydana gelmekte, özellikle kalça ve omurga kırıklarının olasılığı kadınlarda ve erkeklerde yaşla birlikte artmaktadır(77). İlerleyen yaşlarda ortaya çıkan osteoporoz iki şekilde değerlendirilebilir; postmenopozal osteoporoz, senil (yaşlılık) osteoporoz. Senil osteoporoz yani yaşlılığa bağlı olarak ortaya çıkan kemik yoğunluğu kayıpları hem erkekte, hem de kadında görülen bir fizyolojik süreçtir. Postmenopozal osteoporozda ise tam olarak östrojen eksikliği sonucunda ortaya çıkan kemik kaybı mevcuttur(73). DSÖ, osteoporozu Dual X-Işını absorpsiyometri (DXA) tekniği ile yapılan ölçümleri temel alarak tanımlamıştır(77). Avrupa'da ve Kuzey Amerika'da 50-84 yaş erkeklerin %6'sında, kadınların %21'inde osteoporoz belirlenmiştir(78). Osteoporoz gelişiminde, sigara-alkol kullanımı, kalsiyum tüketimi, egzersiz alışkanlığı gibi diğer etkenlerin de rol aldığı bilinmektedir(79). Osteoporozun önlenmesi ve tedavisi için uygulanan farklı tedavi yöntemlerinin başarısı, hastanın tedaviye uyumu ile kısıtlanmaktadır bunun yanı sıra osteoporoz, hastanın ilaç tedavisi açısından sürekli kontrol

edilmesini gerektiren bir hastalıktır(80). Osteoporozla bağılı kemik kırıklarından korunması kadınların yaşam kalitesinin yükselmesi ve korunması açısından önem taşımaktadır(73).

Koroner Arter Hastalıkları: Epidemiyolojik araştırmalar, kardiovasküler hastalık riskinin östrojen alan postmenopozal kadınlarda, hormon tedavisi görmeyen, aynı yaş grubuna mensup kadınlara nazaran %50 oranda daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Östrojenin periferik damar direncini düşürdüğünü, damar dilatasyonuna neden olduğunu ve kapiller kan dolaşımını artırdığını ortaya koyan araştırmalar mevcuttur(73).

Lipit Metabolizması Rahatsızlıkları: Menopozda lipid metobolizmasında değişiklikler meydana gelmektedir(81). Menopoz döneminde; ortalama kolesterol seviyesi kadınlarda erkeklere göre daha fazla yükselmekte, High Density Lipoprotein (HDL/HDL-C) oranı düşerken, Low Density Lipoprotein (LDL/LDL-C) düzeyi artmaktadır. Hormonlardaki değişiklikler lipoprotein büyüklüğünü, içeriğini ve serum lipid değerlerini etkilemektedir. 50 yaşından sonra kadınların ortalama total kolesterol düzeyleri artmaktadır. Bu değişiklikler LDL-C düzeylerindeki değişiklikleri yansıtır. Ortalama HDL-C düzeyleri kadınlarda hayat boyu sabit kalır. Kadınlarda ortalama serum trigliseridleri yaşla artar ve 70 yaş civarında aynı düzeye ulaşır. Menopozdan sonra östrojen eksikliği LDL-C katabolizmasında düşüőe ve -C yapımında azalmaya yol açar(73). Progesteronlar dokulara kolesterol taşınmasında rol alan bütün lipoprotein transport basamaklarını inhibe etmektedir(82).

2.1.8. Menopoz Tedavisi

Klimakterik dönemde yakınmaları olanlar, bu dönemi rahat geçirmek ve yakınmalarla baş etmek için değişik tedavi yöntemleri ararlar. Bazıları hormon replasman tedavisini (HRT) tercih ederken, bazıları alternatif tedavilere yönelirler, bazıları hem alternatif tedaviyi hem de HRT'yi uygular, bazı kadınlar bu dönemi yakınmalara yönelik hiçbir şey yapmadan geçirirler(83).

Hormon Replasman Tedavisi: HRT, menopoz ve sonrası dönemde kadının sağlık sorunlarının kontrol altına alınmasında tıbbi tedavinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (83). Hormon replasman tedavisinin amacı östrojene yanıt veren dokulardaki etkileri geriye çevirerek menopoz sonrası kadının yaşam kalitesini korumak ve progesteronlar ile östrojenin endometriumdaki etkilerini karşılamaktır(84).

HRT'nin Endikasyonları: Vazomotor semptomlar, Ürogenital atrofi, Kardiyovasküler hastalıklar için artmış risktir(70).

HRT'nin Kontrendikasyonları: Kesin Kontrendikasyonlar: Gebelik, Tanı konulmamış uterin kanama, Aktif tromboflebit, Karaciğer hastalığı, Safra kesesi hastalığı, Myokard infarktüsü akut dönemidir. Rölatif kontrendikasyonlar: Meme kanseri anamnezi, Tekrarlayan tromboflebit ya da tromboembolik hastalık öyküsüdür(70).

HRT’ de Kullanılan Preparatlar: Östrojen: Östrojenler kullanım şekilleri, etki ve metabolizma farklılıklarına göre de sınıflandırılırlar: Oral yol, Transdermal sistem, Vajinal yol, Subdermal implantlar, Perkütanöz östrojen, İntranasal uygulamadır. **Progesteron:** Kullanımındaki temel amaç, intakt uterusu sahip kadınlarda endometrial hiperplazi gelişimini önlemektir. HRT’de dört tip progesteron kullanılmaktadır(84). Menopozdaki kadınlar için önerilerin her kadına ve özgeçmişine spesifik olması gerekir. Menopoz semptomları, farklı postmenopozal hastalıkların sıklığı, klinik uygulama, sağlık bakım kaynakları ve mali olarak karşılanabilen girişimlerde ülkelerde özel ve kültürel farklılıklar söz konusudur. Dolayısıyla uygulamalar ülke ve kültüre spesifik olarak değişiklik göstermektedir(85).

Alternatif Tedavi: Alternatif tedavi kullanan kadınlar genellikle kendi kültürlerine yakın uygulamaları tercih etmektedir. Alternatif tedavi olarak yoga, akupunktur, meditasyon, diyet, egzersiz, vitaminler yer almaktadır(83).

Nonhormonal Tedaviler: Oral uygulanan klonidin, veraliprid bromokriptin ve naloksan sıcak basmaları; Bellergal, plasebo; antiepileptik olan gabapentin’in vasomotor semptomları azalttığı gösterilmiştir. Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörü (SSRI) hem tamoksifen hem de hipoöstrojenemi sonucu oluşan sıcak basmasında etkilidir, ek avantajları depresyon, anksiyete ve uykuda olumlu etki yapmalarıdır(61).

2.1.9. Dünyada Ve Türkiye’de Menopoz İle İlgili Gelişmeler

Fransız bilim adamları menopozu “fizyolojik bir olay” olarak tanımlamış(31), 1890’lı yılların başından itibaren çalışmalar artmıştır(73). 1776’da İngiltere’de Fothergill "Medical Observations and Inquiries" adlı dergide menopozdan bahsedilmiş ve çözümü konusunda tartışılmıştır(86). 1816 yılında Gardanne menopoz hakkında bir kitap yazmış ve ilk kez "La Menespausie" deyimini ortaya atmıştır(86). Bu dönemden sonra menopoz konusu üzerindeki araştırmalar hızla devam etmiştir(87). 1923’te Allen ve Doisy’nin buluşlarından sonra pek çok menopoz teorisi terk edilip, overlerle ilgili deneysel bilgiye dayalı teoriler ileri sürülmeye başlamıştır(58). 1926’da Zondek, Laqueur ve ark. çalışması ile ticari östrojen preparat piyasaya çıkmıştır(58). 1932 yılında da östronun kimyasal yapısı bulunmuştur(88). 1990’da Avrupa Menopoz Derneği kurulmuştur. Ülkemizde menopozun ciddi olarak değerlendirilmesi 1970’li yıllardan sonra olmuştur. Menopoz ve östrojen tedavisi konusunda kapsamlı ilk Türkçe kitap 1973 yılında ‘Klinikte Menopoz ve Tedavisi’ ismiyle yayınlanmıştır. Ülkemizde menopoz ile ilgili verilen ilk konferans, R. Greenblat tarafından, 1975 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nde menopoz endokrinolojisine yönelik olarak verilmiştir(31, 58). Ülkemizde 1990’lı yılların başlarında bazı üniversite ve devlet hastanelerinde menopoz poliklinikleri açılmıştır. Bu polikliniklerde menopoz yakınmalarıyla başvuran kadınlara tanı ve tedavi uygulanmaktadır(89). 1992 yılında ‘Türk Menopoz ve Osteoporoz Derneği’ kurulmuş ve aynı yıl ilk ulusal menopoz

kongresi düzenlenmiştir. O tarihten bu yana kongreler, 2 yılda bir düzenle gerçekleştirilmektedir(88).

2.1.10. Menopozal Dönem Ve Hemşirelik Yaklaşımı

Multidisipliner ekip üyelerinden olan hemşirenin menopozal dönemdeki kadınların bu sorunlarla baş etmesinde; uygulayıcı, yönetici, eğitici, danışman ve araştırmacı rolleri vardır. Sağlık ekibinin profesyonel bir üyesi olan hemşireler, kadının menopozal döneme özgü sağlık sorunlarının saptanması, yapılacak girişimlerin planlanması ve uygulanmasında etkin rol oynamalıdır(54). Hemşireler yaşam kalitesini iyi anlamalı ve yorumlamalı bu durumun olumlu yönde gelişmesini sağlayacak modeller geliştirmeli ve var olan modelleri sahiplenmelidir(90). Yapılan araştırmalar; kadınların pek çoğunun menopozun ne olduğunu, bedenlerinde meydana gelen değişikliklerin neler olduğunu bilmediklerini göstermiştir(54). Birçok kadının menopoz hakkında çok az bilgisi olduğu düşüncesinden yola çıkarak onlara, menopozla ilişkin ne gibi değişiklikler olacağı ve nasıl önlem alacaklarını, bu değişikliklerin normal olup olmadığı anlatılmalıdır. Menopozdaki bir kadın için hemşirenin genel hedefleri şöyle sıralanabilir:

1. Kadınları menopozla hazırlamak,
2. Kadınların menopozla ilgili fiziksel ve emosyonel değişimleri açıklamasını sağlamak,
3. Menopozla ilişkin belirtilerin kadının günlük yaşam aktivitelerini etkilememesini sağlamak,
4. Kadının ve ailenin menopozu gelişimsel bir yaşam dönemi olarak görmesini sağlamak,
5. Kadınların sağlık bakımına ilişkin karar verme sürecine katılabilmesine özen göstermek,
6. Kadınlarda osteoporozun gelişmemesi ve minimal düzeyde etkilenmesine dikkat etmek,
7. Menopoz dönemindeki kadınlara sağlık kontrol hizmetlerini sunmak,
8. Premenopoz ve postmenopoz dönemindeki kadına genel sağlık eğitimi yapmak.

Kadınların bu dönemi problemsiz geçirebilmeleri için sağlık çalışanlarına ve ailelerine önemli roller düşmektedir(54). Hemşire menopoz dönemindeki kadını, menopoz dönemine özgü yaşanan sorunlar ve baş etme yolları hakkında bilgilendirmek, yanlış inanç ve algılamalarını düzeltmek için sağlık eğitimi planlamalı ve uygulamalıdır. Bu hemşirelik işlevlerinin planlanıp uygulanması kadın sağlığının korunması ve yükseltilmesi için önemli ve gereklidir(54).

2.2. Suçluluk ve Utanç

Suçluluk, kişilerarası ilişkileri düzenleyen ve erken dönemde ortaya çıkan duygudur(91).

Utanç, halk arasında ‘yer yarılıp yerin içine geçmek’, ‘birinin yüzüne bakamaz olmak’, ‘yere batmak’, ‘yüzünün derisi yere geçmek’, ‘yüzü yere gelmek’, ‘yüzü olmamak’ gibi deyimlerle dile getirilmektedir. Psikoloji çalışmalarında da utancın örtünme ve saklanma isteğine yol açtığı ortaya konulmuştur(92).

Suçluluk-Utanç Psikolojik Etkileri ve Arasındaki Fark: Suçluluk ve utanç duygusu birbirine yakın duygular olmasına rağmen aralarında belirgin farklarda bulunmaktadır. Utanç duygusu bireyin benliğine ilişkin, daha acı verici, yoğun olarak değersizlik ve yetersizlik hissettiği ve başkalarının değerlendirmesine ihtiyaç duydukları, saklanma, kaçma gibi davranışların belirgin yaşandığı duygulardır. Suçlulukta davranışlara yönelik olumsuz değerlendirmelerin yapıldığı, daha az acı verici, gerginlik, üzüntü, pişmanlık duygularının görüldüğü ve içinde buldukları durumun etrafındaki kişileri nasıl etkilediği üzerinde durdukları, bunun sonucu olarak özür dileme ve itiraf etme eğiliminde buldukları gözlenir(91). Bireyin kendisinin ve başkalarının gözünde öz-saygısını yitirmesine neden olan utanç deneyimi saklanma, gözden kaybolma, bir deliğe sinme isteği uyandırmaktadır(94).

Suçluluk-Utanç ve Kişilik Gelişimi: Olumlu ve olumsuz etkileri bulunmaktadır. Üst benliğin gelişmesi suçluluk-utanç duygularının sağlıklı oluşmasını ve bunun sonucu sağlıklı sağduyunun oluşması sağlanır. Suçluluk duygusu ahlak kurallarını ve toplum değerlerini göstermektedir. Suçluluk durumunda birey oluşan durumun düzeltilmesi gerektiğini sağduyusu hatırlatır. Utanç duygusu gerçeğin kabul edilmesini ve sınırlarının neler olduğunu belirler(93, 95). Suçluluk duygularının sağlıklı olarak gelişmesi kişinin olgunlaşması, yeni durumlara uyum sağlaması gibi olumlu özellikler kazandırdığı gibi yoğun olarak yaşanması şiddete eğilimi arttırmaktadır. Bu durum kişiye ve çevresindekilere tehdit oluşturmaktadır(93). Suçluluk ve utanç duygusunun, öfke, depresyon vb. duygularla ilişkisini ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Bumaford (2006), yaşla birlikte suçluluk duygusunun arttığını, utanç duygusunda kadın ve erkeklerde farklılık gösterdiğini saptamıştır. Aynı zamanda aile ilişkilerin bağlılığının kuvvetli olması suçluluk duygusunu arttırmakta, utanç duygusunu etkilememektedir(93). Utanç duygusunun, iç güveni ve kişilerarası güveni sarsarak ilişkilere olumsuz etkisi olduğu, kişinin kendisine değil, ailesine, baskın bir kültür içindeki azınlığa veya toplum bütününe zarar verebileceği belirtilmektedir(93, 96).

2.2.1. Suçluluk-Utanç Duyguları Ve Menopoz

Suçluluk duygusu, uyulmayan normun içselleştirilmesi sonucu ortaya çıkar ve pişmanlığa, kişinin kendi kendine cezalandırılmasına neden olur. Suçluluk ve utanç duygularının ikisinde de pişmanlık ve rahatsızlık mevcuttur ama utanç da bunun sonuçları daha

yıkıcıdır(93). Bazı kültürlerde utançta dış sosyal kontrolün çok önemli olduğu görülse de utanç duygusunun ahlak kurallarıyla bağlantılı olduğu belirtilmektedir(97). Bu bağlamda menopozda ki kişilerin suçluluk ve utanç duygularını yaşayacağı düşünülmektedir.

2.3. Yaşam Kalitesi

Hemşireliğin kurumsal ve kavramsal çatısı 'sağlık' üzerine odaklanmıştır. Yaşam kalitesine ilişkin, pek çok yayın ve akademik çalışma bulunmasına rağmen, tanımlanması oldukça güç bir kavramdır. Çünkü yaşam kalitesi, subjektif bir kavramdır ve tanımı da bireysel farklılık gösterir(54).

Yaşam Kalitesi Kavramının Tarihi: Yaşam kalitesi kavramı yıllarca esneklik ve mutluluk ifadesi olarak felsefe bilimi içinde ele alınırken, 1960'lı yıllarda öncelikle sosyoloji ve ekonomi bilimlerinin, daha sonra da psikoloji biliminin uğraş alanına girmiştir. 1970'li yıllardan sonra sağlık, tıp ve hemşirelik alanında üzerinde durulan bir kavram olmuştur. 1970'li yıllara kadar sağlık çalışanları etkinliklerini morbitide, mortalite ve fizyolojik ölçümlere dayandırarak yapmışlardır. Ancak 1992 yılında sağlığın kazanılmasındaki en önemli göstergeler arasında 'Yaşam Kalitesi'ne de yer verilmiştir(54). 1939 yılında Thorndike ilk kez yaşam kalitesini tanımlamıştır. Szlai, yaşam kalitesini, bireyin varoluş hali, refahı ve hayattan memnuniyet düzeyi ile ilişkilendirmekte, yaşam kalitesinin bir yandan objektif gerçekler ve etkenlerle, diğer yandan bireysel algı ve değerlendirmelere dayalı subjektif etkenlerle şekillendiğini belirtmektedir. Hunt ve arkadaşları yaşam kalitesini gereksinimlerin belirlenmesi olarak tanımlamakta ve henüz elde edilmemiş olsa da bu gereksinimler yaşam kalitesini elde etmek için kişinin yaşamı boyunca ortaya koyduklarını yansıtmaktadır. Gill ve arkadaşları 'hastaların kendi sağlık durumları ve/veya yaşamlarının sağlık dışında kalan alanı ile ilgili hissettiklerini gösteren, kişisel algısı' olarak tanımlamaktadır. Patterson (1975) yaşam kalitesinin her yönünün değerlendirmede gerekli olduğu var sayılan karakteristikleri saptamak yolu ile farklı bir yaklaşım getirmiştir. Bu karakteristikler genel sağlık, performans durumu, genel rahatlık, ekonomik ve sağlık durumunu içermektedir(54).

Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler: Yaşam kalitesini azaltan durumlar; Temel gereksinimlerinin karşılanmaması, beden imgesinin değişmesi, öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği, kronik yorgunluk, bitkinlik seksüel fonksiyonlarda bozulma, gelecek ile ilgili kaygılar, destek sistemlerindeki yetersizlikler, akut ya da kronik sağlık sorunlarıdır.

Yaşam kalitesini artıran durumlar; Ekonomik ve sosyal güvence içinde olmak, güven içinde yaşamak, rahatlık ve gereken konfora sahip olmak, anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olmak, yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olmak, eğlence ve zevk aldığı aktivitelerin olmak, itibar görmek, otonomisi olmak, mahremiyetine değer verilme, kendini ifade

edebilmek, fonksiyonel olarak yeterli olmak, özgün bir birey olarak algılanmak, huzur içinde olmaktır(98).

Menopozal Dönem ve Yaşam Kalitesi: Menopozal dönem her kadında ayrı özelliklerle karakterizedir. Bu döneme geçiş dereceli olarak başlar ve fiziksel ve ruhsal değişikliklerin yaşandığı dönemdir. Bu dönemde östrojen azlığına bağlı bazı bulgulara rastlanmaktadır. Bu döneme ilişkin ruhsal bulgular; huzursuzluk, duygu değişiklikleri, yorgunluk, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, cinsel istek azalması, uykusuzluk ve baş ağrısı şeklinde görülebilmektedir. Menopozal dönemde yeterli sağlık bakımı alamayan birçok kadında kronik hastalıklar gelişmekte ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir(54). DSÖ'nün tahminine göre 2030 yılında 1,2 milyar kadının 50 yaşın üzerinde yani menopozlu olacağı görüşünden yola çıkarak menopozu iyi tanımak ve onun yaratacağı sorunların üstesinden gelebilmek, 50 yaşın üzerindeki kadınların yaşam kalitelerini arttırmanın ön koşulunu oluşturmaktadır(54).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı-kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Gaziantep ili Şehitkâmil ilçesi Şirinevler mahallesinde yapılmıştır. Şirinevler mahallesi; Şehitkâmil ilçesinin doğusunda yer almaktadır. Nüfusu 15 bin dolayındadır(14.854). Nüfusu yerli halkın dışında çevre illerden gelen göçlerden oluşmaktadır. Sosyo-ekonomik ve kültürel durum bakımından zayıf bir mahalledir. Ataerkil yapının baskın olduğu ve kadınların aile içinde pasif rol aldığı görülmektedir. Mahallenin bu özelliklerinin olması araştırma evreni olarak seçilmesine zemin oluşturmuştur.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Eylül 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında yukarıda belirtilen mahallede yaşayan 40 yaşından büyük menopoza girmiş kadınlar oluşturmaktadır. Mahallenin bağlı bulunduğu Şirinevler Aile Sağlığı Merkezi'nin kayıtları incelenerek belirtilen özellikteki kadın sayısı 800 olarak belirlenmiştir. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, evrendeki tüm kadınlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 500 kadın çalışmaya dâhil edilmiştir. Bu sayı evrenin %62,5' ini temsil etmektedir.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında 'Kişisel Bilgi Formu', 'Suçluluk-Utanç Ölçeği' ve 'WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği' kullanılmıştır. Belirtilen form ve ölçekler kadınların evlerine gidilerek araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form toplam 41 soru içermektedir(EK-1). İlgili formda kadınların sosyo-demografik özelliklerinin yanısıra menopozla ilgili bazı özelliklerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Toplam 20 kadınla görüşülerek ön uygulama yapılmış ve bu doğrultuda ilgili formda gerekli düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Böylece forma son şekli verilmiştir. Ön uygulama yapılan kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Suçluluk Utanç Ölçeği: Johnson ve Noel (1987) tarafından geliştirilmiş olup, 1992'de Nesrin H. Şahin ve Nail Şahin tarafından Türkçeye uyarlanmış, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu maddelerin 12'si suçluluk, 12'si utanç alt ölçeğini oluşturmaktadır(99). İç Tutarlılık; Cronbach Alfa değeri "suçluluk" alt ölçeği için 0.81, "utanç" alt ölçeği için 0.80 bulunmuştur. Ölçeğin geçerlik çalışmasında Suçluluk ve Utanç ölçeklerinin birbiri ile korelasyonu 0.49'dur($p<0.001$)(EK-2). Ölçeğin seçenekleri kişi için geçerliliğine göre 1-5 arasında, 5'li Likert biçiminde puanlanmaktadır. Ölçek, suçluluk ve utanç duyguları için ayrı

ayrı puanlanmaktadır. 3, 6, 7, 11, 12, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 24. maddeler suçluluk; 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 15, 18, 19, 20. maddeler utanç puanını vermektedir. Her bir alt ölçekten ayrı ayrı en düşük 12, en yüksek 60 puan alınır. Yüksek puanlar, daha çok suçluluk/daha çok utanç duygularını gösterir.

WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği: Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği DSÖ tarafından geliştirmiş, Eser ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Fidaner ve arkadaşları (1999) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır(100). Ölçeğin uzun (WHOQOL-100) ve kısa (WHOQOL-27) formu olmak üzere iki sürümü vardır. Katılanların yaşam kaliteleri WHOQOL yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe kısa formu (WHOQOL-BREF TR) kullanılarak değerlendirilmiştir. Orjinali 26 maddeden oluşan ölçeğin, Türkçe versiyonu 27 maddeden oluşmaktadır. Sorulara verilen cevaplar 5 şıklıdır. Yaşam kalitesi toplam puanı minimum 4, maksimum 20'dir. Ölçek bedensel 7, ruhsal 6, sosyal 3, çevre 8 madde içermektedir. Ölçek yaşam kalitesi ve genel sağlık maddelerinden oluşan iki genel maddeyi içermektedir. Alan puanları, o alanı oluşturan maddelerin ortalamasının 4 ile çarpılması ile elde edilmektedir. Artan puan iyiliği göstermektedir. Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılığını incelemeye hesaplanan "Cronbach alfa" değerleri bedensel alanda 0.83, ruhsal 0.66, sosyal 0.53, çevre alanında 0.73 bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliğini incelemeye yönelik her soru için hesaplanan Pearson katsayıları 0.57-0.81 arasında değişmektedir (EK-3).

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından SPSS 18 programına aktarılmış İstatistiksel analizlerde yüzde, ki-kare, İndependent Samples T Testi, OneWay ANOVA Testi ve regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir. Bulgular sunulurken katılımcıların öznel ifadeleri ve vurguları korunmaya çalışılarak not edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırma kapsamında Gaziantep Halk Sağlığı Müdürlüğünden Şirinevler mahallesinde anket uygulayabilmek için yazılı kurum izini alınmıştır(Ek-4). Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurularak araştırmanın uygulanabilmesi için etik kurul izni(Ek-5) alınmıştır. Çalışmaya katılan kadınlardan sözel onay alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Güçlük ve Sınırlılıkları

Anket formu doldurmak için evlerin tespit edilmesi ve evde bulanamayan kadınların evlerine tekrar gidilmesi çalışma için verilerin toparlanmasında karşılaşılan tek güçlüktür. Bu yüzden anket formları doldurulurken zaman kaybı olmuş tüm evrene ulaşmada sorun yaşanmıştır.

4. BULGULAR

Gaziantep ili Şirinevler mahallesinde yaşayan menopozdaki kadınların suçluluk ve utanç duygularının yaşam kalitesine etkisini saptamak için yapılan çalışmadaki veriler aşağıda sunulmuştur.

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Yaş Grupları	Sayı	%
41-48	38	7,6
49-54	233	46,6
55-59	152	30,4
60-64	77	15,4
Doğum Yeri		
Gaziantep	321	64,2
Şanlıurfa	39	7,8
Kilis	95	19,0
Diğer (Adıyaman, Şırnak, Ankara, Elazığ, Van, Tokat, Kayseri, Diyarbakır)	45	9,0
Eğitimi		
Okur-yazar değil	393	78,6
Okur-yazar	49	9,8
İlkokul	56	11,2
Ortaokul ve Üzeri	2	0,4
Eşin Eğitimi		
Okur-yazar değil	67	13,4
Okur-yazar	174	34,8
İlkokul	209	41,8
Ortaokul ve üzeri	50	10,0
Eşin Mesleği		
İşçi	237	47,4
Serbest Meslek	125	25,0
İşsiz	40	8,0
Emekli	39	7,8
Çiftçi	18	3,6
Diğer (Sucu, Manav, Tesisatçı, Berber, Şoför, Elektrikçi, Fırıncı, Bakkal, Güvenlik)	41	8,2
Gelir Durumu		
Gelir-gidere denk	334	66,8
Gelir-giderden az	159	31,8
Gelir-giderden fazla	7	1,4
Oturdukları Ev		
Kira	177	35,4
Kendilerinin	323	64,6
Kimlerle Oturuyor		
Eşimle	51	10,2
Eşi ve çocuklarla	266	53,2
Çocuklarla	15	3,0
Geniş aile	168	33,6
Sigara Kullanma		
Evet	84	16,8
Hayır	416	83,2
Sigara Kullanma Miktarı		
1-10 arası	66	13,2
11-20 arası	13	2,6
20 üstü	5	1,0
Kullanmıyor	416	83,2
TOPLAM	500	100

Tablo 1’de kadınların %46,6’sı 49-54 yaş grubunda, %64,2’si Gaziantep doğumlu, %78,6’sı okur-yazar değil, eşlerinin %41,8’inin ilkökul mezunu ve kadınların hepsi ev hanımıdır. Eşlerinin %47,4’ü işçi, kadınların %66,8’inin gelir-gidere denk, %35,4’ünün evi kiradır. Katılanların %53,2’si eşi ve çocuklarıyla oturmaktadır. Kadınların %16,8’i sigara kullanmakta bunların %13,2’sinin 1-10 arasında sigara kullandığı saptanmıştır.

Tablo 2. Kadınların Kronik Hastalık Özellikleri

Kronik Hastalık Durumu	Sayı	%
Evet	247	49,4
Hayır	253	50,6
Kronik Hastalık		
Diyabet	23	4,6
Hipertansiyon	147	29,4
Kalp Rahatsızlığı	28	5,6
Astım	20	4,0
KOAH	4	0,8
Böbrek Hastalığı	3	0,6
Bel Fıtığı	2	0,4
Parkinson	1	0,2
Romatizma	1	0,2
Karaciğer Rahatsızlığı	1	0,2
İki rahatsızlığa sahip olan	17	3,4
Yok	253	50,6
TOPLAM	500	100

Tablo 2’de kadınların %49,4’ü kronik hastalığa sahip olduğu; bunların %29,4’ü hipertansiyon, %5,6’sı kalp rahatsızlığı, %4,6’sı diyabet ve %4’ü astım rahatsızlığı olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. Kadınların Eşlerinin Kadına Davranış Özellikleri

Ailede Kararlara Katılma	Sayı	%
Evet	129	25,8
Hayır	101	20,2
Kısmen	270	54,0
Eşinden Şiddet Görme		
Evet	113	22,6
Hayır	198	39,6
Kısmen	189	37,8
Menopozda Aile İçinde Saygınlıkta Değişme Durumu		
Arttı	11	2,2
Azaldı	50	10,0
Değişmedi	439	87,8
Menopozda Eşlerin Etkilenme Durumu		
Olumlu	11	2,2
Olumsuz	61	12,2
Etkilenmedi	428	85,6
Menopozda Eşin Tutumunda (İlgi ve İsteğinde) Azalma Durumu		
Evet	27	5,4
Hayır	406	81,2
Kısmen	67	13,4
Menopozda Eşlerin Sevgisinde Azalma Durumu		
Evet	8	1,6
Hayır	395	79,0
Kısmen	97	19,4
Menopozda Eşlerin Tepki Durumu		
Birşey söylemedi	346	69,2
Hastaneye gitmemi söyledi	10	2,0
Normal karşıladı	130	26,0
Üzüldü, Kızdı	12	2,4
Endişelendi	1	0,2
Sevindi	1	0,2
TOPLAM	500	100

Tablo 3'te kadınların %54'ü aile içi kararlara kısmen katıldığını, kadınların %37,8'i eşlerinden kısmen şiddet gördüğünü, %87,8'i menopoz döneminde aile içerisindeki saygınlığının değişmediğini, %85,6'sının eşlerinin menopozda olmalarından etkilenmediğini, %81,2'si menopozdan sonra eşlerinin ilgi ve isteğinin azalmadığını, %79'u menopozda eşlerinin sevgisinin azalmadığını belirtmişlerdir. Kadınlar menopoza girdiklerini eşlerine söylediklerinde %69,2'si 'birşey söylemedi', %26'sının eşi 'normal karşıladı' demiştir.

Tablo 4. Kadınların Evlenme ve Üreme Özellikleri

Evlenme Şekli	Sayı	%
Görücü usulü	337	67,4
Kaçarak	114	22,8
Severek	44	8,8
Zorla	5	1,0
İlk Adet Yaşı		
11-12	234	46,8
13-15	255	51,0
15 üstü	11	2,2
Son Adet Yaşı		
37-44	24	4,8
45-49	246	49,2
50-54	225	43,8
55 ve üstü	11	2,2
Hamilelik sayısı		
1-3	55	11,0
4-6	283	56,6
7-9	133	26,6
10 ve üstü	29	5,8
Çocuk Sayısı		
1-3	85	17,0
4-6	307	61,4
7-9	91	18,2
10 ve üstü	17	3,4
TOPLAM	500	100

Tablo 4'te kadınların %67,4'ü görücü usulü ile evlendiğini, %51'i 13-15 yaş arasında ilk adetini gördüğünü, %49,2'si son adetlerini 45-49 yaşlarında gördüklerini, %56,6'sının 4-6 defa hamile kaldığını, %61,4'ü 4-6 adet çocuğa sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 5. Kadınların Menopoz ve Menopoz Sorunları Dağılımı

Menopozda Olma Yılı	Sayı	%
1-5	302	60,4
6-10	164	32,8
11 ve üstü	34	6,8
Menopozda Sıkıntı Yaşama		
Evet	477	95,4
Hayır	23	4,6
Sıkıntı Türü		
Fiziksel	5	1,0
Psikolojik	33	6,6
Fiziksel ve Psikolojik	439	87,8
Yok	23	4,6
Fiziksel Belirti		
Ateş Basması	161	32,2
Gece Terlemesi	14	2,8
Çarpıntı	4	0,8
Baş Dönmesi	2	0,4
Yüzde ve Boyunda Kızarıklık	1	0,2
Diğer	4	0,8
İki Belirtiye Sahip Olma	170	34,0
Üç Belirtiye Sahip Olma	79	15,8
Dört Belirtiye Sahip Olma	65	13,0
Psikolojik Belirti		
Gerginlik	213	42,6
Hırçınlık	15	3,0
Depresyon	20	4,0
Karakter Değişikliği	1	0,2
Uykusuzluk	76	15,2
Dikkatte Azalma	2	0,4
Diğer	2	0,4
İki Belirtiye Sahip Olma	133	26,6
Üç Belirtiye Sahip Olma	32	6,4
Dört Belirtiye Sahip Olma	6	1,2
TOPLAM	500	100

Tablo 5'te kadınların %60,4'ü 1-5 yıldır menopozda olduğunu, %32,8'i 6-10 yıldır menopozda olduğunu ve %6,8'i 11 ve üstü yıldır menopozda olduğunu belirtmiştir. Kadınların %95,4'ü menopoz döneminde sıkıntı yaşadığını belirtmiş bunun %87,8'i fiziksel ve psikolojik, %6,6'sı sadece psikolojik, %1'i sadece fiziksel sıkıntıdır. Kadınların yaşadıkları fiziksel belirtilere %32,2'si ateş basması, %23,6'sı ateş basması ve gece terlemesi, %14,6'sı ateş basması, gece terlemesi ve çarpıntıyı birlikte yaşadıklarını söylemiştir. Yaşanan psikolojik belirtilere %42,6'sı gerginlik, %15,2'si uykusuzluk ve %7,2'si gerginlik ve hırçınlık yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 6. Kadınların Menopozu Algılama Özellikleri

Menopoz Kötü Bir Durum Mu	Sayı	%
Evet	275	55,0
Hayır	110	22,0
Kısmen	115	23,0
Menopoz Hastalık Mı		
Evet	227	45,4
Hayır	179	35,8
Kısmen	94	18,8
Menopoz Kısır Olmak Mı		
Evet	280	56,0
Hayır	220	44,0
Menopoz Yaşı Kadına Bağlı Mı		
Evet	68	13,6
Hayır	398	79,6
Kısmen	34	6,8
Depresif Duygular Hissetme		
Evet	50	10,0
Hayır	115	23,0
Kısmen	335	67,0
Menopoza Girdiğinde Hissettikleri		
Üzüntü	133	26,6
Kaygı	65	13,0
Hiçbir şey	207	41,4
Korku	20	4,0
Üzüntü, Kaygı	51	10,2
Üzüntü, Korku	8	1,6
Kaygı, Korku	15	3,0
Üzüntü, Kaygı, Korku	1	0,2
Menopoza Girdiklerini İlk Kime Söyledikleri		
Komşu	121	24,2
Kardeş	64	12,8
Eş	268	53,6
Çocuklar	30	6,0
Diğer	17	3,4
Menopoza Girdiklerini Eşlerine Söylemeye Çekinme Durumu		
Evet	127	25,4
Hayır	373	74,6
TOPLAM	500	100

Tablo 6’da kadınların %55’i menopozun kadınlar için kötü bir durum olduğunu, %45,4’ü menopozun bir hastalık olduğunu, %56’sı menopoz kadının kısır olması demiştir. Kadınların %79,6’sı menopoza erken ya da geç girmenin kadına bağlı olmadığını, %67’si kendini mutsuz hissetme, üzüntülü olma, hemen ağlama, hiçbir şey yapmak istememe gibi depresif duyguları kısmen hissettiğini, %41,4’ü menopoza girdiklerinde hiçbir şey hissetmediğini, %74,6’sı menopoza girdiklerini eşlerine söylemeye çekinmediklerini, %53,6’sı menopoza girdiklerini ilk eşlerine söylediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 7. Kadınların Menopoz İle İlgili Bilgi ve Tedavi Alma Özellikleri

Menopoz Hakkında Bilgiye Sahip Olma	Sayı	%
Evet	69	13,8
Hayır	104	20,8
Kısmen	327	65,4
Menopozla ilgili Bilgi Alma		
Evet	372	74,4
Hayır	128	25,6
Bilgiyi Kimden Aldığı		
Yok	128	25,6
Komşu	83	16,6
Akraba	49	9,8
Sağlık Personeli	45	9,0
Çocuklar	14	2,8
İki Bilgi Alınan	150	30
Üç ve Üzerinde Bilgi Alınan	31	6,2
Tedavi Alma		
Evet	103	20,6
Hayır	397	79,4
Aldıkları Tedavi Çeşidi		
Yok	397	79,4
İlaç	53	10,6
Alternatif Yöntemler	50	10,0
Depresyon İlacı Kullanma		
Evet	30	6,0
Hayır	470	94,0
Doktora Gitme		
Evet	119	23,8
Hayır	381	76,2
Doktora Gitme Sebebi		
Yok	381	76,2
Ateş Basması	26	5,2
Adet Gecikmesi	30	6,0
Terleme	10	2,0
Çarpıntı	11	2,2
Baş Dönmesi	6	1,2
Uykusuzluk	11	2,2
Psikolojik Sorun	2	0,4
Baş Ağrısı	2	0,4
Birden Fazla Olanlar	21	4,2
TOPLAM	500	100

Tablo 7’de kadınların %65,4’ü kısmen menopozla ilgili bilgiye sahip olduğunu, %74,4’ü menopoz ile ilgili bilgi aldıklarını, menopoz ile ilgili bilgi alan %74,4’ünden %16,6’sı komşusundan, %9’u sadece sağlık personelinden bilgi aldıklarını söylemiştir. Kadınların %79,4’ü menopozda tedavi almadıklarını, menopozda tedavi alan kadınların %10,6’sı ilaç tedavisi, %10’u alternatif yöntemleri kullandıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %94’ünün menopozda depresyon ilacı kullanmadığı, %76,2’si menopozda doktora gitmediğini, doktora giden kadınların %6’sı adet gecikmesi sebebiyle, %5,2’si ateş basması, %2,2’si çarpıntı, %2,2’si uykusuzluk ve %2’si terleme şikâyetiyle doktora gittiğini belirtmiştir.

Tablo 8. Kadınların Menopozda Cinsel Yaşam ve Tutum Özellikleri Dağılımı

Cinsel Yaşamın Etkilenmesi	Sayı	%
Evet	148	29,6
Hayır	186	37,2
Kısmen	166	33,2
Eşlerin Cinsel Yönden Tatmin Olması		
Çok	171	34,2
Az	230	46,0
Tatmin Olmuyor	45	9,0
Boş Bırakılan	54	10,8
Kadının Çocuk Yapma Yeteneğini Sürdürmesi Gurur Verici Mi		
Evet	414	82,8
Hayır	71	14,2
Kısmen	14	3,0
Erkek İsteyince Çocuk Yapılmalı Mı		
Evet	134	26,8
Hayır	366	73,2
Eş Çocuk Sahibi Olmak İçin Başka Biriyle Evlenmek İsterse Haklı Mı		
Evet	17	3,4
Hayır	464	92,8
Kısmen	19	3,8
TOPLAM	500	100

Tablo 8’de kadınların %37,2’si menopozda cinsel yaşamlarının etkilenmediğini, %29,6’sı cinsel yaşamlarının etkilendiğini belirtmişlerdir. Kadınların %46’sı menopozda eşlerinin cinsel olarak az tatmin olduğunu, %34,2’si eşlerinin çok tatmin olduğunu, %9’u eşlerinin tatmin olmadığını, %10,8’i bu soruyu boş bırakmıştır. Kadınların %82,8’i kadının çocuk yapma yeteneğini sürdürmesi onun için gurur verici bir durum olduğunu, %73,2’si erkek istediği sürece çocuk yapmaya ‘hayır’ %26,8’i ‘evet’ demiştir. Kadınlar eşlerinin çocuk sahibi olmak için başka bir kadınla evlenmek istemesine %92,8’i haklı değil %3,4’ü ‘haklı ’ cevabını vermiştir.

Tablo 9. Kadınların Suçluluk-Utanç Ölçeğine Verdikleri Cevap Dağılımı

Suçluluk-Utanç Ölçeği (n=500)	Hiç rahatsızlık duymazdım		Biraz rahatsızlık duyardım		Oldukça rahatsızlık duyardım		Epey rahatsızlık duyardım		Çok rahatsızlık duyardım	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Bir tartışma sırasında büyük hararetle savunduğunuz bir fikrin yanlış olduğunu öğrenmek.	1	0,2	25	5,0	255	51,0	179	35,8	40	8,0
2. Evinizin çok dağınık olduğu bir sırada beklenmeyen bazı misafirlerin gelmesi.	1	0,2	0	0	24	4,8	80	16,0	395	79,0
3. Birinin size verdiği bir sırrı istemeyerek başkalarına açıklamak.	0	0	1	0,2	18	3,6	364	72,8	117	23,4
4. Karşı cinsten birinin kalabalık bir yerde herkesin dikkatini çekecek şekilde size açıkça ilgi göstermesi.	1	0,2	0	0	12	2,4	118	23,6	369	73,8
5. Giysinizin, vücudunuzda kapalı tuttuğunuz bir yeri açığa çıkaracak şekilde buruşması ya da kıvrılması.	0	0	1	0,2	20	4,0	114	22,8	365	73,0
6. Bir aşk ilişkisi içinde sadece kendi isteklerinizi elde etmeye çalıştığınızı ve karşı tarafı sömürdüğünüzü fark etmeniz.	0	0	250	50,0	39	7,8	150	30,0	61	12,2
7. Sorumlusu siz olduğunuz halde bir kusur ya da yanlış için bir başkasının suçlanmasına seyirci kalmak.	0	0	5	1,0	259	51,8	136	27,2	100	20,0
8. Uzman olmanız gereken bir konuda, bir konuşma yaptıktan sonra dinleyicilerin sizin söylediğinizin yanlış olduğunu göstermesi.	0	0	0	0	303	60,6	142	28,4	55	11,0
9. Çok işlek bir iş merkezinin bulunduğu bir köşede herkesin size bakmasına sebep olacak bir olay yaşamak.	0	0	0	0	37	7,4	217	43,4	246	49,2
10. Lüks bir restoranda başkaları size bakarken çatal bıçak kullanmanız gereken yerde elle yemek yediğiniz fark etmek.	1	0,2	0	0	251	50,2	184	36,8	64	12,8
11. Başkalarını aldatarak ve onları sömürerek büyük kazanç sağlamak.	0	0	0	0	264	52,8	178	35,6	58	11,6
12. İşçilerinizin sağlığına zarar vereceğini bildiğiniz halde, bir yönetici olarak çalışma koşullarında bir değişiklik yapmamak.	0	0	0	0	295	59,0	149	29,8	56	11,2
13. Sözlü bir sınav sırasında kekeleydiğiniz ve heyecandan şaşkınlığınızda hocanın sizin bu halinizi kötü bir sınav örneği olarak bütün sınıfa göstermesi.	0	0	0	0	38	7,6	396	79,2	66	13,2
14. Tanıdığınız birinin sıkıntıda olduğunu bildiğiniz ve yardım edebileceğiniz halde yardım etmemek.	0	0	0	0	41	8,2	401	80,2	58	11,6
15. Bir partide yeni tanıştığınız insanlarla açık saçık bir fikra anlattığınızda birçoğunun bundan rahatsız olması.	0	0	1	0,2	73	14,6	367	73,4	59	11,8
16. Aklınızca, bencilce ya da gereksizce büyük bir harcama yaptıktan sonra ebeveyninizin mali bir sıkıntı içinde olduklarını öğrenmek.	0	0	0	0	43	8,6	370	74,0	87	17,4
17. Arkadaşınızdan bir şeyler çaldığınız halde arkadaşınızın hırsızlık yapanın siz olduğunu hiçbir zaman anlamaması.	0	0	0	0	41	8,2	402	80,4	57	11,4
18. Bir davette ya da toplantıya rahat, gündelik giysilerle gidip herkesin resmi giyindiğini görmek.	0	0	2	0,4	247	49,4	161	32,2	90	18,0
19. Bir yemek davetinde bir tabak dolusu yiyeceği yere düşürmek.	0	0	1	0,2	46	9,2	366	73,2	87	17,4
20. Herkesten sakladığınız ve hoş olmayan bir davranışın açığa çıkarılması.	0	0	0	0	35	7,0	410	82,0	55	11,0
21. Bir kişiye hak etmediği halde zarar vermek.	0	0	0	0	36	7,2	408	81,6	56	11,2
22. Alış-veriş sırasında paranızın üstünü fazla verdikleri halde sesinizi çıkarmamak.	0	0	0	0	107	21,4	349	69,8	44	8,8
23. Ailenizin sizden beklediklerini yerine getirememek.	0	0	1	0,2	288	57,6	175	35,0	36	7,2
24. Çeşitli bahaneler bularak yapmanız gereken işlerden kaçmak.	1	0,2	0	0	356	71,2	120	24,0	22	4,4

*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 9’da kadınların ‘Bir aşk ilişkisi içinde sadece kendi isteklerinizi elde etmeye çalıştığınızı ve karşı tarafı sömürdüğünüzü fark etmeniz.’ sorusuna %50’si ‘Biraz rahatsızlık duyardım’, ‘Çeşitli bahaneler bularak yapmanız gereken işlerden kaçmak.’ sorusuna %71,2’si ‘Oldukça rahatsızlık duyardım’, ‘Herkesten sakladığınız ve hoş olmayan bir davranışın açığa çıkarılması.’ sorusuna %82’si ‘Epey rahatsızlık duyardım’, ‘Evinizin çok dağınık olduğu bir sırada beklenmeyen bazı misafirlerin gelmesi.’ sorusuna %79’u ‘Çok rahatsızlık duyardım’ cevabı verilmiştir.

Tablo 10. Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeğine Verdikleri Cevap Dağılımı

Bedensel Alan	Hiç		Çok az		Orta Derecede		Çokca		Aşırı Derecede	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	19	3,8	170	34,0	258	51,6	47	9,4	6	1,2
Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	15	3,0	140	28,0	308	60,6	34	6,8	3	,6
Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	33	6,6	209	41,8	239	47,8	19	3,8	0	0
	Çok kötü		Biraz kötü		Ne iyi, ne de kötü		Oldukça iyi		Çok iyi	
Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	17	3,4	32	20,4	357	71,4	23	4,6	1	0,2
***	Hiç hoşnut değil		Çok az hoşnut		Ne hoşnut, ne de değil		Epeyce hoşnut		Çok hoşnut	
Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	53	10,6	129	25,8	289	57,8	26	5,2	3	0,6
Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	18	3,6	165	33,0	296	59,2	20	4,0	1	0,2
İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	24	4,8	128	25,6	316	63,2	32	6,4	0	0
Sosyal İlişkiler Alanı	Hiç hoşnut değil		Çok az hoşnut		Ne hoşnut, ne de değil		Epeyce hoşnut		Çok hoşnut	
Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	10	0,2	113	22,6	324	64,8	50	10,0	3	0,6
Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	14	2,8	131	26,2	316	63,2	38	7,6	1	0,2
Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	16	3,2	128	25,6	324	64,8	30	6,0	2	0,4
Ruhsal Alan	Hiç		Çok az		Orta Derecede		Çokca		Aşırı Derecede	
Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	13	2,6	97	19,4	330	66,0	52	10,4	8	1,6
Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	15	3,0	96	19,2	320	64,0	63	12,6	6	1,2
Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	8	1,6	117	23,4	319	63,8	52	10,4	4	0,8
Bedensel görüşünüzü kabullenir misiniz?	23	4,6	154	30,8	301	60,2	20	4,0	2	0,4
Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	12	2,4	109	21,8	337	67,4	41	8,2	1	0,2
****	Hiçbir zaman		Nadiren		Ara sıra		Çoğunlukla		Her zaman	
Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	65	13,0	207	41,4	205	41,0	20	4,0	3	0,6
Çevre Alanı	Hiç		Çok az		Orta derecede		Çokca		Aşırı derecede	
Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	10	2,0	122	24,4	321	64,2	46	9,2	1	0,2
Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	11	2,2	115	23,0	320	64,0	54	10,8	0	0
Gereklerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	38	7,6	138	27,6	309	61,8	15	3,0	0	0
Günlük yaşamınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	20	4,0	150	30,0	314	62,8	15	3,0	1	0,2
Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	28	5,6	132	26,4	326	65,2	14	2,8	0	0
	Hiç hoşnut değil		Çok az hoşnut		Ne hoşnut ne de değil		Epeyce hoşnut		Çok hoşnut	
Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	12	2,4	115	23,0	320	64,0	51	10,2	2	0,4
Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	15	3,0	99	19,8	327	65,4	57	11,4	2	0,4
Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	20	4,0	92	18,4	349	69,8	37	7,4	2	0,4
Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	72	14,4	204	40,8	215	43,0	9	1,8	0	0
Genel Sağlık Alanı	Çok kötü		Biraz kötü		Ne iyi, ne de kötü		Oldukça iyi		Çok iyi	
Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	15	3,0	137	27,4	332	66,4	16	3,2	0	0
***	Hiç hoşnut değil		Çok az hoşnut		Ne hoşnut, ne de değil		Epeyce hoşnut		Çok hoşnut	
Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	19	3,8	121	24,2	330	66,0	28	5,6	2	0,4

Tablo 10’da kadınların ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derecede engellediğini düşünüyorsunuz sorusuna %51,6’sı ‘orta derecede’, günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz sorusuna %61,6’sı ‘orta derecede’, günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı sorusuna %47,8’i ‘orta derecede’, katılanların hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır sorusuna %71,4’ü ‘ne iyi, ne kötü’, uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz sorusuna %57,8’i ‘ne hoşnut, ne değil’, kadınların günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerilerinizden ne kadar hoşnutsunuz sorusuna %59,2’si ‘ne hoşnut, ne değil’, kadınların iş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz

sorusuna %63,2'si 'ne hoşnut, ne değil', kadınların diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz sorusuna %64,8'i 'ne hoşnut, ne değil', kadınların cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz sorusuna %63,2'si 'ne hoşnut, ne değil', kadınların arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz sorusuna %64,8'i 'ne hoşnut, ne değil', yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız sorusuna %66'sı 'orta derecede', yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz sorusuna %64'ü 'orta derecede', kadınların dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız sorusuna %63,8'i 'orta derecede', bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz sorusuna %60,2'si 'orta derecede', kendinizden ne kadar hoşnutsunuz sorusuna %67,4'ü 'ne hoşnut, ne değil', ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız sorusuna %41,4'ü 'nadiren', günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz sorusuna %64,2'si 'orta derecede', kadınların fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır sorusuna %64'ü 'orta derecede', gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı sorusuna %61,8'i 'orta derecede', günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız sorusuna %62,8'i 'orta derecede', boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur sorusuna %65,2'si 'orta derecede', yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz sorusuna %64'ü 'ne hoşnut, sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz sorusuna %65,2'si 'ne hoşnut, ne değil', ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz sorusuna %69,6'sı 'ne hoşnut, ne değil', yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir sorusuna %43'ü 'orta derecede', yaşam kalitelerini nasıl buldukları sorusuna %66,4'ü 'ne iyi ne kötü', sağlıklarından ne kadar hoşnut oldukları sorusuna %66'sı 'ne hoşnut ne de değil' cevabını verdiği saptanmıştır.

Tablo 11. Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama ve Standart Sapma Dağılımı

Maddeler		Sayı	Ort.	Ss
GENEL SAĞLIK	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	500	2,70	0,579
	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	500	2,75	0,634
BEDENSEL ALAN	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	500	2,74	0,652
	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	500	2,59	0,771
	Ağrıların yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	500	2,70	0,739
	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	500	2,78	0,588
	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	500	2,64	0,628
	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	500	2,49	0,677
RUHSAL ALAN	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	500	2,71	0,656
	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	500	2,89	0,674
	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	500	2,90	0,690
	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	500	2,85	0,643
	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	500	2,65	0,652
	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	500	2,82	0,610
ÇEVRE ALAN	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	500	2,38	0,783
	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	500	2,81	0,624
	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	500	2,83	0,632
	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	500	2,60	0,673
	Günlük yaşamınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	500	2,65	0,616
	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	500	2,65	0,629
	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	500	2,89	0,645
	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	500	2,86	0,656
	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	500	2,82	0,634
	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	500	2,32	0,737
SOSYAL ALAN	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	500	2,85	0,638
	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	500	2,76	0,634
	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	500	2,75	0,630

Tablo 11’de Yaşam kalitesi ölçeğinde en yüksek ortalama 2,90 ile ruhsal alanda yer alan ‘Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?’ olgusu sahiptir. Yaşam kalitesi ölçeğinde en düşük ortalama 2,49 ile bedensel alanda yer alan ‘Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?’ olgusu sahiptir.

Yaşam kalitesinde en yüksek standart sapma 0,783 ile ruhsal alanda yer alan ‘Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?’ olgusu sahiptir. Yaşam kalitesinde en düşük standart sapma 0,579 ile genel sağlık da yer alan ‘Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?’ olgusu sahiptir.

Tablo 12. Suçluluk-Utanç Ölçeği Ortalama ve Standart Sapma Dağılımı

Maddeler (Orijinal ölçekteki madde numaralarıyla belirtilmiştir.)		Sayı	Ort.	Ss	
SUÇLULUK	3.Birinin size verdiği bir sırrı istemeyerek başkalarına açıklamak	500	4,19	0,491	
	6.Bir aşk ilişkisi içinde sadece kendi isteklerinizi elde etmeye çalıştığınızı ve karşı tarafı sömürdüğünüzü fark etmeniz.	500	3,04	1,135	
	7.Sorumlusu siz olduğunuz halde bir kusur ya da bir yanlış için bir başkasının suçlanmasına seyirci kalmak.	500	3,66	0,803	
	11.Başkalarını aldatarak ve onları sömürerek büyük kazanç sağlamak.	500	3,59	0,689	
	12.İşçilerinizin sağlığına zarar vereceğini bildiğiniz halde, bir yönetici olarak çalışma koşullarında bir değişiklik yapmamak.	500	3,52	0,689	
	14.Tanıdığınız birinin sıkıntıda olduğunu bildiğiniz ve yardım edebileceğiniz halde yardım etmemek.	500	4,03	0,444	
	16.Aklınızca, bencilce ya da gereksizce büyük bir harcama yaptıktan sonra ebeveyninizin mali bir sıkıntı içinde olduklarını öğrenmek.	500	4,09	0,503	
	17.Arkadaşınızdan bir şeyler çaldığınız halde arkadaşınızın hırsızlık yapmanın siz olduğunu hiçbir zaman anlamaması.	500	4,03	0,442	
	21.Bir kişiye hak etmediği halde zarar vermek.	500	4,04	0,428	
	22.Aliş-veriş sırasında paranızın üstünü fazla verdikleri halde sesinizi çıkarmak.	500	3,87	0,535	
	23.Ailenizin sizden belediklerini yerine getirmemek.	500	3,49	0,631	
	24.Çeşitli bahaneler bularak yapmanız gereken işlerden kaçmak.	500	3,32	0,575	
	UTANÇ	1.Bir tartışma sırasında büyük bir hararetle savunduğunuz bir fikrin yanlış olduğunu öğrenmek	500	3,46	0,722
		2.Evinizin çok dağınık olduğu bir sırada beklenmeyen bazı misafirlerin gelmesi	500	4,74	0,561
4.Karşı cinsten birinin kalabalık bir yerde herkesin dikkatini çekecek bir şekilde size açıkca ilgi göstermesi		500	4,71	0,528	
5.Giyisinizin, vücudunuzda kapalı tuttuğunuz bir yeri açığa çıkaracak şekilde buruşması ya da kıvrılması.		500	4,69	0,555	
8.Uzman olmanız gereken bir konuda, bir konuşma yaptıktan sonra dinleyicilerin sizin söylediğinizin yanlış olduğunu göstermesi.		500	3,50	0,686	
9.Çok işlek bir iş merkezinin bulunduğu bir köşede herkesin size bakmasına sebep olacak bir olay yaşamak.		500	4,42	0,626	
10.Lüks bir restoranda başkaları size bakarken çatal bıçak kullanmanız gereken yerde elle yemek yediğiniz fark etmek.		500	3,62	0,710	
13.Sözlü bir sınav sırasında kekeleydiğiniz ve heyecandan şaşırduğunuzda hocanın sizin bu halinizi kötü bir sınav örneği olarak bütün sınıfa göstermesi.		500	4,06	0,453	
15.Bir partide yeni tanıştığınız insanlarla açık saçık bir fikra anlattığınızda birçoğunun bundan rahatsız olması.		500	3,97	0,521	
18.Bir davette ya da toplantıya rahat, gündelik giysilerle gidip herkesin resmi giyindiğini görmek.		500	3,68	0,766	
19.Bir yemek davetinde bir tabak dolusu yiyeceği yere düşürmek.	500	4,08	0,518		
20.Herkesten sakladığınız ve hoş olmayan bir davranışın açığa çıkarılması.	500	4,04	0,423		

Tablo 12’de Suçluluk- Utanç ölçeğinde en yüksek ortalama 4,74 ile utanç kısmında yer alan ‘Evinizin çok dağınık olduğu bir sırada beklenmeyen bazı misafirlerin gelmesi’ olgusu sahiptir. Suçluluk- Utanç ölçeğinde en düşük ortalama 3,04 ile suçluluk kısmında yer alan ‘Bir aşk ilişkisi içinde sadece kendi isteklerinizi elde etmeye çalıştığınızı ve karşı tarafı sömürdüğünüzü fark etmeniz.’ olgusu sahiptir.

Suçluluk- Utanç ölçeğinde en yüksek standart sapma 1,135 ile suçluluk kısmında yer alan ‘Bir aşk ilişkisi içinde sadece kendi isteklerinizi elde etmeye çalıştığınızı ve karşı tarafı sömürdüğünüzü fark etmeniz.’ olgusu sahiptir. Suçluluk- Utanç ölçeğinde en düşük standart sapma 0,423 ile utanç kısmında yer alan ‘Herkesten sakladığınız ve hoş olmayan bir davranışın açığa çıkarılması.’ olgusu sahiptir.

Tablo 13. Suçluluk-Utanç ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Gruplarının Korelasyonu

	Suçluluk Faktörü	Utanç Faktörü	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevre Alanı
Suçluluk Faktörü pearson korelasyon Sig. (2-tailed) N	1	**	**	**	**	**
Utanç Faktörü pearson korelasyon Sig. (2-tailed) N	,683 ,000 500	1	**	**	**	**
Bedensel Alan pearson korelasyon Sig. (2-tailed) N	,207 ,000 500	,107 ,022 458	1	**	**	**
Ruhsal Alan pearson korelasyon Sig. (2-tailed) N	,226 ,000 500	,101 ,031 500	,515 ,000 500	1	**	**
Sosyal Alan pearson korelasyon Sig. (2-tailed) N	,090 ,053 500	,004 ,932 500	,383 ,000 500	,331 ,000 500	1	**
Çevre Alanı pearson korelasyon Sig. (2-tailed) N	,112 ,016 500	-,045 ,331 500	,522 ,000 500	,499 ,000 500	,396 ,000 500	1

Tablo 13'te korelasyon analizi sonucunda elde edilen bulgular şöyledir; Suçluluk ve utanç ölçeklerinin birbiri ile korelasyonu 0,68'dir. Suçluluk; Utanç, Bedensel alan, Ruhsal alan, Sosyal alan ve Çevre alan arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$). Utanç; Bedensel alan, Ruhsal alan, Sosyal alan ve Çevre alan arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$). Bedensel Alan; Ruhsal alan, Sosyal alan ve Çevre alan arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$). Ruhsal alan; Sosyal alan ve Çevre alan arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$). Sosyal alan ve Çevre alan arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır($p<0,05$). Bu sonuçlara göre; ölçekler arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir($p<0,05$). Kadınların suçluluk-utanç duyguları arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı görülmüştür.

Tablo 14. Kadınların Evlenme-Menopozu Algılama ve Menopoz Verilerine Göre Ölçekler Alt Grup ve Puan Ortalamaları Dağılımı

	Suçluluk Faktörü			Utanc Faktörü			Bedensel Alan			Ruhsal Alan			Sosyal Alan			Çevre Alanı		
	Sayı	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss
Eşinizle Nasıl Evlendiniz?																		
Görtücü Usulü	337	3,76	0,36	337	4,07	0,28	337	2,69	0,42	337	2,79	0,39	337	2,80	0,48	337	2,73	0,37
Kaçarak	114	3,64	0,37	114	4,05	0,25	114	2,59	0,40	114	2,64	0,36	114	2,73	0,49	114	2,68	0,31
Severek	44	3,78	0,43	44	4,16	0,24	44	2,62	0,45	44	2,65	0,39	44	2,70	0,54	44	2,65	0,41
Kadınların çocuk yapma yeteneğini sürdürebilmesi onun için gurur vericidir?																		
Evet	414	3,73	0,37	414	4,08	0,255	414	2,65	0,43	414	2,71	0,40	414	2,75	0,50	414	2,69	0,37
Hayır	71	3,75	0,43	71	4,07	0,38	71	2,71	0,42	71	2,90	0,32	71	2,94	0,43	71	2,79	0,35
Kısmen	15	3,89	0,37	15	4,16	0,17	15	2,76	0,40	15	2,93	0,27	15	2,80	0,53	15	2,79	0,42
Menopoz kadının kısır olması mıdır?																		
Evet	280	3,79	0,36	280	4,08	0,26	280	2,76	0,33	280	2,82	0,36	280	2,83	0,49	280	2,77	0,35
Hayır	220	3,67	0,37	220	4,07	0,28	220	2,53	0,42	220	2,65	0,40	220	2,71	0,48	220	2,62	0,36
Menopozda girmek kadın için kötü bir durum mudur?																		
Evet	275	3,79	0,37	275	4,06	0,30	275	2,71	0,41	275	2,81	0,35	275	2,82	0,46	275	2,76	0,36
Hayır	110	3,71	0,36	110	4,11	0,22	110	2,63	0,46	110	2,63	0,45	110	2,78	0,55	110	2,65	0,37
Kısmen	115	3,64	0,37	115	4,07	0,24	115	2,57	0,40	115	2,68	0,37	115	2,69	0,48	115	2,64	0,33
Menopozda girdikten sonra aile içerisindeki saygınlığınız nasıl etkilendi?																		
Arttı	11	3,86	0,42	11	4,18	0,24	11	2,79	0,40	11	2,80	0,27	11	2,90	0,44	11	2,73	0,31
Azaldı	50	3,76	0,34	50	4,10	0,21	50	2,73	0,39	50	2,79	0,29	50	2,82	0,35	50	2,72	0,37
Değişmedi	439	3,73	0,37	439	4,07	0,28	439	2,65	0,42	439	2,74	0,40	439	2,77	0,50	439	2,70	0,36
Menopozda olmanız cinsel yaşamınızı etkiledi mi?																		
Evet	148	3,68	0,38	148	4,03	0,32	148	2,70	0,41	148	2,81	0,38	148	2,84	0,48	148	2,77	0,31
Hayır	186	3,71	0,34	186	4,08	0,21	186	2,59	0,42	186	2,66	0,40	186	2,73	0,49	186	2,61	0,40
Kısmen	166	3,83	0,40	166	4,12	0,29	166	2,72	0,42	166	2,79	0,38	166	2,80	0,50	166	2,77	0,34
Menopozda erken ya da geç yaşta girmek kadına bağlı mıdır?																		
Evet	68	3,88	0,27	68	4,06	0,24	68	2,90	0,26	68	2,93	0,24	68	2,92	0,34	68	2,88	0,32
Hayır	398	3,72	0,39	398	4,08	0,29	398	2,62	0,43	398	2,72	0,41	398	2,77	0,51	398	2,68	0,37
Kısmen	34	3,74	0,33	34	4,08	0,14	34	2,72	0,41	34	2,74	0,35	34	2,70	0,53	34	2,76	0,35
Menopoz döneminde ne tür sıkıntılar yaşadınız?																		
Fiziksel	5	3,51	0,09	5	4,03	0,07	5	2,94	0,58	5	2,90	0,53	5	3,13	0,18	5	2,82	0,33
Psikolojik	33	3,64	0,34	33	4,02	0,22	33	2,40	0,41	33	2,53	0,32	33	2,42	0,45	33	2,42	0,27
Fiziksel ve Psikolojik	439	3,74	0,37	439	4,07	0,27	439	2,68	0,41	439	2,77	0,38	439	2,81	0,48	439	2,74	0,35
Menopozda yönelik bilgiye sahip misiniz?																		
Evet	69	3,87	0,43	69	4,14	0,38	69	2,66	0,45	69	2,84	0,38	69	2,87	0,50	69	2,80	0,34
Hayır	104	3,75	0,37	104	4,08	0,28	104	2,63	0,49	104	2,69	0,43	104	2,74	0,58	104	2,63	0,43
Kısmen	327	3,70	0,35	327	4,06	0,24	327	2,67	0,38	327	2,74	0,37	327	2,78	0,45	327	2,71	0,34
Ailede kararlara katılır mısınız?																		
Evet	129	3,71	0,39	129	4,09	0,28	129	2,62	0,49	129	2,65	0,45	129	2,75	0,56	129	2,64	0,41
Hayır	101	3,81	0,35	101	4,08	0,25	101	2,71	0,39	101	2,79	0,36	101	2,77	0,55	101	2,79	0,33
Kısmen	270	3,72	0,37	270	4,07	0,28	270	2,66	0,39	270	2,77	0,36	270	2,80	0,42	270	2,70	0,34

Tablo 14’te suçluluk faktöründe en yüksek ortalama 3,89 ile ‘Kadınların çocuk yapma yeteneğini sürdürebilmesi onun için gurur vericidir?’ sorusuna kısmen cevabında verilmiştir.

Utanch faktöründe en yüksek ortalama 4,18 ile ‘Menopoza girdikten sonra aile içerisindeki saygınlığınız nasıl etkilendi?’ sorusuna arttı cevabında verilmiştir.

Bedensel alanda en yüksek ortalama 2,94 ile ‘Menopoz döneminde ne tür sıkıntılar yaşadınız?’ sorusuna fiziksel cevabında verilmiştir.

Ruhsal alanda en yüksek ortalama 2,93 ile ‘Kadınların çocuk yapma yeteneğini sürdürebilmesi onun için gurur vericidir?’ sorusuna kısmen cevabında ve ‘Menopoza erken ya da geç yaşta girmek kadına bağlı mıdır?’ sorusuna evet cevabında verilmiştir.

Sosyal alanda en yüksek ortalama 2,94 ile ‘Kadınların çocuk yapma yeteneğini sürdürebilmesi onun için gurur vericidir?’ sorusuna hayır cevabında verilmiştir.

Çevre alanında en yüksek ortalama 2,88 ile ‘Menopoza erken ya da geç yaşta girmek kadına bağlı mıdır?’ sorusunda evet cevabında verilmiştir.

Tablo 15. Suçluluk-Utanch Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grup Değer Dağılımı

Suçluluk-Utanch Alt Grupları	Madde Sayısı	Ortalama	Ss	Cronbach Alfa	Alan Puan Ort.
Suçluluk Faktörü	12	3,74	0,37	0,825	44,87
Utanch Faktörü	12	4,08	0,27	0,661	48,97
Yaşam Kalitesi Alt Grup	Madde Sayısı	Ortalama	Ss	Cronbach Alfa	Alan Puan Ort.
Bedensel Alan	7	2,66	0,42	0,739	10,64
Ruhsal Alan	6	2,74	0,39	0,598	10,96
Sosyal Alan	3	2,78	0,49	0,672	11,12
Çevre Alan	9	2,71	0,37	0,730	10,84

Tablo 15’te Suçluluk-Utanch ve Yaşam kalitesi ölçeklerinin Cronbach Alfa değerlerine bakıldığında; suçluluk faktörü 0,825, utanch faktörü 0,661, bedensel alan 0,739, ruhsal alan 0,598, sosyal alan 0,672, çevre alan 0,730 bulunmaktadır.

Suçluluk-Utanch ve Yaşam kalitesi ölçeklerinin alan puan ortalamalarına bakıldığında; suçluluk faktörü 44,87, utanch faktörü 48,97, bedensel alan 10,64, ruhsal alan 10,96, sosyal alan 11,12, çevre alan 10,84 bulunmaktadır.

Suçluluk-Utanch ve Yaşam kalitesi ölçeklerinin ortalamalarına bakıldığında; suçluluk faktörü 3,74, utanch faktörü 4,08, bedensel alan 2,66, ruhsal alan 2,74, sosyal alan 2,78, çevre alan 2,71 bulunmaktadır.

Suçluluk-Utanch ve Yaşam kalitesi ölçeklerinin standart sapmalarına bakıldığında; suçluluk faktörü 0,37, utanch faktörü 0,27, bedensel alan 0,42, ruhsal alan 0,39, sosyal alan 0,49, çevre alan 0,37 bulunmaktadır.

Tablo 16. Sosyo-Demografik Özellikler, Menopoz Algısı ve Cinselliğe Göre Yaşam Kalitesi, Suçluluk-Utanç Dağılımı

	Suçluluk		Utanç		Bedensel Alan		Ruhsal Alan		Sosyal Alan		Çevre Alan	
	P	X ²	P	X ²	P	X ²	P	X ²	P	X ²	P	X ²
Yaş	0,001	15,724	0,000	35,420	0,000	42,275	0,000	44,390	0,000	27,491	0,000	26,257
Çocuk Sayısı	0,665	9,43	0,041	21,69	0,176	16,345	0,163	16,644	0,002	31,744	0,006	27,536
Evlenme Şekli	0,002	14,952	0,001	16,664	0,001	13,285	0,000	34,128	0,035	6,724	0,055	5,789
Eğitim Durumu	0,441	1,637	0,222	3,008	0,078	5,097	0,158	3,695	0,004	10,995	0,219	3,038
Eşinden Şiddet Görme	0,001	13,176	0,000	15,375	0,002	12,671	0,002	12,759	0,798	0,451	0,021	7,727
Menopozda Olma Yılı	0,043	25,52	0,002	36,09	0,000	55,503	0,000	65,628	0,000	44,334	0,000	57,507
Tedavi Alma	0,371	0,801	0,070	3,279	0,020	5,439	0,016	5,815	0,012	6,260	0,002	9,501
Psikolojik Belirti Yaşama	0,098	32,107	0,013	40,721	0,000	73,186	0,000	83,185	0,005	43,935	0,000	57,546
Depresyon Yaşama	0,283	2,522	0,058	5,711	0,072	3,230	0,032	4,611	0,013	6,205	0,042	4,146
Depresif Duygular Hissetme	0,000	18,547	0,000	16,425	0,079	5,066	0,949	0,104	0,694	0,732	0,419	1,739
Menopoz Kötü Durum	0,022	7,589	0,000	25,619	0,000	16,461	0,000	27,748	0,000	17,229	0,000	16,509
Menopoz Hastalık	0,109	4,431	0,000	22,822	0,000	16,321	0,000	19,216	0,000	16,164	0,001	15,048
Menopoz Olmasına Eşin Tepkisi	0,002	19,365	0,024	12,909	0,010	9,160	0,001	14,816	0,000	15,882	0,058	5,692
Cinsel Yaşamı Etkileme	0,003	11,346	0,001	14,692	0,004	10,831	0,001	13,629	0,013	8,635	0,000	15,929
Eşin Cinsel Tatmin Olma	0,030	8,945	0,000	40,954	0,000	24,211	0,001	16,780	0,000	24,160	0,003	13,618
Menopoz Kısırlık	0,063	3,462	0,000	19,798	0,000	37,509	0,000	30,576	0,000	16,884	0,000	18,293

Tablo 16’da sosyo-demografik özelliklerin, menopoz algısının ve cinselliğin yaşam kalitesi, suçluluk, utanç üzerine etkisine bakıldığına;

Yaşın suçluluk, utanç, bedensel alan, sosyal alan, ruhsal alan ve çevre alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur. İleri düzey analizlerde 60-64 yaş grubundakilerin suçluluk üzerinde; 41-48 yaş ve 55-59 yaş gruptakilerin utanç üzerinde; 55-59 yaş ve 60-64 yaş grubundakilerin yaşam kalitesi alt gruplarında önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Çocuk sayısının utanç, sosyal alan ve çevre alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur($p<0,05$). İleri düzey analizlerde 4-9 arasında çocuğa sahip olanların utanç üzerinde; 1-3 ve 10 üzeri çocuğa sahip olanların sosyal alan ve çevre alan üzerinde önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Evlenme şeklinin utanç, suçluluk, sosyal alan, ruhsal alan ve bedensel alan ile istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır($p<0,05$). İleri düzey analizlerde kaçarak evlenme utanç; severek evlenme suçluluk; görücü usulü ile evlenme sosyal alan, ruhsal alan ve bedensel alan üzerinde önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Eğitim durumunun suçluluk, utanç, bedensel alan, ruhsal alan ve çevre alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır($p>0,05$). Eğitim ile sosyal alan arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$). İleri düzey analizlerde okur-yazar olanlar sosyal alan üzerinde önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Eşinden şiddet görmenin suçluluk, utanç, bedensel alan, ruhsal alan ve çevre alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$). İleri düzey analizlerde eşinden şiddet görenlerin utanç, bedensel alan, ruhsal alan ve çevre alan; şiddet görmeyenlerin suçluluk üzerinde önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Menopozda olma yılının suçluluk, utanç, bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevre alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir($p<0,05$). İleri düzey analizlerde 1-5 yıl arasında menopozda olanların suçluluk-utanç ve yaşam kalitesi üzerinde önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Menopozda tedavi alma ile yaşam kalitesi alt grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır($p<0,05$). İleri düzey analizlerde alternatif tedavi alanların önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Psikolojik belirti yaşamının suçluluk hariç utanç ve diğer alanlarda istatistiksel açıdan anlamlı ilişkisi olduğu tespit edilmiştir($p<0,05$). İleri düzey analizlerde karakter değişiklikleri, depresyon, gerginlik önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Menopozda depresyon yaşama ile sosyal ve çevre alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. Menopozda depresif duygular hissetme ile suçluluk ve utanç arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0,05$). İleri düzey analizlerde menopozda depresif duygular hissedenlerin önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Menopozu hastalık ve kısırlık olarak algılayanlarla utanç, sosyal alan, ruhsal alan, çevre alan ve bedensel alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0,05$). İleri düzey analizlerde menopoz kısmen kısır ve hastalık diyenler önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Menopozu kötü bir durum görme ile suçluluk, utanç, sosyal alan, bedensel alan, ruhsal alan ve çevre alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$). İleri düzey analizlerde menopoz kötü bir durum değil diyenler önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Menopozda olmasına eşin verdiği tepki ile suçluluk, utanç, sosyal alan, ruhsal alan ve bedensel alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0,05$). İleri düzey analizlerde eşin verdiği tepki olarak birşey söylememesi önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Menopozda cinsel yaşamın etkilenmesi ve eşin tatmin olma durumu ile suçluluk, utanç, sosyal alan, bedensel alan ve çevre alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0,05$). İleri düzey analizde menopozda cinsel yaşamlarının etkilenmediğini söyleyenler önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur. Çok ve az tatmin olanlar utanç üzerinde; tatmin olmayan ve çok tatmin olanlar suçluluk üzerinde önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Tablo 17. Suçluluk-Utanç ile Yaşam Kalitesi Alt Gruplarının İlişkisi

	Bedensel alan		Ruhsal alan		Sosyal alan		Çevre alan	
	P	X ²	P	X ²	P	X ²	P	X ²
Suçluluk	0,013	6,194	0,000	18,047	0,073	3,224	0,142	2,159
Utanç	0,000	33,595	0,000	49,288	0,000	19,470	0,000	21,290

Tablo 17’de suçluluk-utanç ile yaşam kalitesi alt grupları arasında ilişkiye bakıldığında; suçluluk ile bedensel alan ve ruhsal alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0,05$). Utanç ile bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevre alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0,05$).

Tablo 18. Menopozda Saygınlık Görmenin Kadına ve Evlenme Özelliğine Göre Dağılımı

Menopozda Girmek Kadına Bağlı	Saygınlığın Etkilenmesi								X ²
	Arttı		Azaldı		Değişmedi		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	1	0,2	16	3,2	51	10,2	68	13,6	X ² = 26,76 df= 4 p<0,05
Hayır	10	3,2	26	5,2	362	72,4	398	79,6	
Kısmen	0	10,2	8	1,6	26	5,2	34	6,8	
Nasıl Evlendiniz									
Görücü	4	0,8	31	6,3	302	61	337	68	X ² = 5,35 df= 4 p>0,05
Kaçarak	5	1	11	2,2	98	19,8	114	23	
Severek	1	0,2	6	1,2	37	7,5	44	8,9	

Tablo 18’de katılımcıların %13,6’sı menopozda girmenin kadına bağlı derken, %79,6’sı hayır cevabı vermiştir ve katılımcıların sadece %6,8’i kısmen cevabını vermiştir. Menopozda girdikten sonra aile içerisindeki saygınlığın etkilenmesi ile menopozda girmenin kadına bağlı olduğu inancı arasında anlamlı bir ilişki (X²=26,76, p<0,05) tespit edilmiştir. İleri düzey analizlerde menopozda girmenin kadına bağlı olmadığını söyleyenler önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Katılımcıların %68’i nasıl evlendiniz sorusuna görücü usulü olarak cevap vermiştir, %23’ü ise kaçarak evlenmiştir, katılımcıların sadece %8,9’u severek evlenmiştir. Evlenme şekli ile saygınlığın etkilenmesi arasında anlamlı ilişki (X²=5,35, p>0,05) tespit edilmemiştir.

Tablo 19. Menopozu Kötü Algılamaya Göre Eşlerin Kadına Davranış Özellikleri Dağılımı

Kararlara Katılma	Menopozun Kötü Durum Olma Durumu								X ²
	Evet		Hayır		Kısmen		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	68	13,6	40	8	21	4,2	129	25,8	X ² = 41,24 df= 4 p<0,05
Hayır	77	15,4	17	3,4	7	1,4	101	20,2	
Kısmen	130	26	53	10,6	87	17,4	270	54	
Şiddet Görme									
Evet	43	8,6	35	7	35	7	113	22,6	X ² = 74,79 df= 4 p<0,05
Hayır	151	30,2	35	7	12	2,4	198	39,6	
Kısmen	81	16,2	40	8	68	13,6	189	37,8	
Bilgiye Sahip Olma									
Evet	53	10,6	10	2	6	1,2	69	13,8	X ² = 36,68 df= 4 p<0,05
Hayır	73	14,6	20	4	11	2,2	104	20,8	
Kısmen	149	29,8	80	16	98	19,6	327	65,4	
İlk Kime Söyleme									
Komşu	89	17,8	21	4,2	11	2,2	121	24,2	X ² = 65,89 df= 8 p<0,05
Kardeş	10	2	22	4,4	32	6,4	64	12,8	
Eş	148	29,6	57	11,4	63	12,6	268	53,6	
Çocuklar	15	3	7	1,4	8	1,6	30	6	
Diğer	13	2,6	3	0,6	1	0,2	17	3,4	

Tablo 19’da katılımcıların %25,8’i aile içerisindeki kararlara katılıyor musunuz sorusuna evet cevabı verirken 20,2’si hayır cevabı vermiştir, kısmen cevabı verenler katılımcıların %54’ünü oluşturmaktadır. Aile içerisindeki kararlara katılmak ile menopozun kötü bir durum olarak algılanması arasında anlamlı bir ilişki (X²=41,24, p<0,05) tespit edilmiştir. İleri düzey analizlerde ailede kararlara kısmen katılanlar önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Katılımcıların %22,6'sı eşinizden şiddet gördünüz mü sorusuna evet cevabını verirken %39,6'sı hayır cevabını vermiştir, kısmen cevabı verenler katılımcıların %37,8'ini oluşturmaktadır. Eşinden şiddet görme ile menopozun kötü bir durum olarak algılanması arasında anlamlı bir ilişki ($X^2=74,79$, $p<0,05$) tespit edilmiştir. İleri düzey analizlerde eşinden şiddet görmeyenler önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Katılımcıların %13,8'i menopoza yönelik bilgiye sahip misiniz sorusuna evet cevabını verirken %20,8'i hayır demiştir, kısmen diyenler %65,4'ü oluşturmaktadır. Menopoza yönelik bilgiye sahip olma ile menopozun kötü bir durum olarak algılanması arasında anlamlı bir ilişki ($X^2=36,68$, $p<0,05$) tespit edilmiştir. Kısmen bilgiye sahip olanlar önemliliği sağlayan faktördür.

Katılımcıların %24,2'si menopoza girdiğinizi ilk kime söylediniz sorusuna komşu cevabını vermiştir, %12,8'i kardeş, %53,6'sı eş %6'sı çocuklar cevabını vermiştir. Menopoza ilk kime söylendiği ile menopozun kötü bir durum olarak algılanması arasında anlamlı bir ilişki ($X^2=65,89$, $p<0,05$) tespit edilmiştir. İleri düzey analizlerde menopoza girdiğini ilk eşiyile paylaşanların önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Tablo 20. Menopozun Kadına Bağlı Olmasına Göre Cinsel Yaşam Özellikleri Dağılımı

Menopoza Erken ya da Geç Girmek Kadına Bağlı mıdır?									
Eşin Sevginin Azalması	Evet		Hayır		Kısmen		Toplam		X ²
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	3	0,6	4	0,8	1	0,2	8	1,6	X ² =158,04 df= 4 p<0,05
Hayır	18	3,6	359	71,8	18	3,6	395	79	
Kısmen	47	9,4	35	7	15	3	97	19,4	
Çocuk Yapmanın Gurur Verici Olma									
Evet	62	12,4	323	64,6	29	5,8	414	82,8	X ² = 17,43 df= 4 p<0,05
Hayır	2	0,4	67	13,4	2	0,4	71	14,2	
Kısmen	4	0,8	8	1,6	3	0,6	15	3	
Erkek İstedığı Sürece Kadın Çocuk Yapma									
Evet	55	11	68	13,6	11	2,2	134	26,8	X ² =121,06 df= 2 p<0,05
Hayır	13	2,6	330	66	23	4,6	366	73,2	
Eşin Başka Bir Kadınla Evlenirse Haklı Olma									
Evet	7	1,4	7	1,4	3	0,6	17	3,4	X ² = 22,96 df= 4 p<0,05
Hayır	55	11	378	75,6	31	6,2	464	92,8	
Kısmen	6	1,2	13	2,6	0	0	19	3,8	

Tablo 20'de katılımcıların %1,6'sı menopoza girdikten sonra eşinizin size karşı sevgisi azaldı mı sorusuna evet cevabını vermiştir, %79'u hayır cevabını verirken %19,4'ü ise kısmen cevabını vermiştir. Menopoza girdikten sonra eşin sevgisinin azalması ile menopoza erken ya da geç girmenin kadına bağlı olması düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki ($X^2=158,04$, $p<0,05$) tespit edilmiştir. İleri düzey analizlerde eşin sevgisinin kısmen azaldığını söyleyenler önemliliği etkileyen faktör olarak bulunmuştur.

Katılımcıların %82,8'si kadının çocuk yapma yeteneğini sürdürebilmesi gurur verici midir sorusuna evet cevabını vermiştir, %14,2'si hayır cevabını vermiştir. Kadının çocuk yapma yeteneğini sürdürebilmesi gurur verici midir sorusu ile menopoza erken ya da geç girmenin kadına bağlı olması düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki ($X^2=17,43$, $p<0,05$) tespit edilmiştir.

İleri düzey analizlerde gurur verici olduğunu düşünmeyenler önemliliği etkileyen faktör olarak bulunmuştur.

Katılımcıların %26,8'i erkek istediği sürece kadın çocuk yapmalı mıdır sorusuna evet cevabını vermiştir %73,2'si hayır cevabını vermiştir. Erkek istediği sürece kadın çocuk yapmalı mıdır sorusu ile menopoza erken ya da geç girmenin kadına bağlı olması düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki ($X^2=121,06$, $p<0,05$) tespit edilmiştir.

Katılımcıların %3,4'ü eş, çocuk sahibi olmak için başka bir kadınla evlenirse haklı mıdır sorusuna evet cevabını vermiştir, %92,8'i hayır cevabını vermiştir. Eş, çocuk sahibi olmak için başka bir kadınla evlenirse haklı mıdır sorusu ile menopoza erken ya da geç girmenin kadına bağlı olması düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki ($X^2=22,96$, $p<0,05$) tespit edilmiştir. İleri düzey analizlerde başka kadınla evlenirse haklı mıdır sorusuna hayır cevabını verenler önemliliği sağlayan faktör olarak bulunmuştur.

Tablo 21. Menopozda Bilgi Almanın Suçluluk Üzerine Etkisi

	Hayır			Evet			t	df
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı		
Komşudan Bilgi Alma								
Algılanan Suçluluk	3,73	0,40	301	3,69	0,33	199	3,094	498
Sağlık Personelinden Bilgi Alma								
Algılanan Suçluluk	3,78	0,37	349	3,65	0,37	151	3,408	498

Tablo 21'de menopoz hakkındaki bilgiyi komşudan alma ile suçluluk faktörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır.

Komşudan bilgi almayan grubun (Ort.=3,73, Ss=0,40) alan gruba göre (Ort.=3,69, Ss=0,33) daha fazla suçluluk algısı geliştirdikleri gözlenmiştir ($t(498)=3,094$, $p<0,05$).

Menopoz hakkındaki bilgiyi sağlık personelinden alma ile suçluluk faktörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda sağlık personelinden bilgi almayan grubun (Ort.=3,78, Ss=0,37) bilgi alan gruba göre (Ort.=3,65, Ss=0,37) daha yüksek suçluluk duygusu geliştirdikleri gözlenmiştir ($t(498)=3,408$, $p<0,05$).

Tablo 22. Menopozda Sıkıntı Yaşama ve Belirtilerinin Suçluluk-Utanca Etkisi

Menopozda Sıkıntı Yaşama	Hayır			Evet			t	df
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı		
Algılanan Suçluluk	3,91	0,40	23	3,73	0,37	477	2,255	498
Algılanan Utanç	4,25	0,30	23	4,07	0,27	477	3,128	498
Gece Terlemesi Olma								
Algılanan Suçluluk	3,80	0,34	209	3,70	0,39	291	2,891	498
Çarpıntı Olma								
Algılanan Suçluluk	3,80	0,38	310	3,65	0,37	190	4,383	498
Karakter Değişiklikleri								
Algılanan Suçluluk	3,73	0,37	492	4,15	0,41	8	3,094	498
Algılanan Utanç	4,07	0,27	492	4,43	0,22	8	3,640	498

Tablo 22’de menopoz döneminde sıkıntı yaşamak ile suçluluk faktörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda menopoz döneminde sıkıntı yaşamayan grubun (Ort.=3,91, Ss=0,40), yaşayan gruba (Ort.=3,73, Ss=0,37) göre daha yüksek algılanan suçluluk gösterdikleri tespit edilmiştir($t(498)=2,255$, $p<0,05$).

Menopoz döneminde sıkıntı yaşamak ile utanç faktörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda menopoz döneminde sıkıntı yaşamayan grubun (Ort.=4,25, Ss=0,30), yaşayan gruba (Ort.=4,07, Ss=0,27) göre daha yüksek algılanan utanç gösterdikleri tespit edilmiştir($t(498)=3,128$, $p<0,05$).

Menopoz döneminde yaşanan fiziksel belirtilerden olan gece terlemeleri ile suçluluk faktörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda gece terlemesine olumsuz cevap veren grubun (Ort.=3,80, Ss=0,34) olumlu cevap veren gruba (Ort.=3,70, Ss=0,39) göre daha yüksek algılanan suçluluk gösterdikleri tespit edilmiştir($t(498)=2,891$, $p<0,05$). Menopoz döneminde çarpıntının olmasıyla suçluluk faktörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda çarpıntı olmayan grubun (Ort.=3,80, Ss=0,38) çarpıntı olan gruba göre (Ort.=3,65, Ss=0,37) daha yüksek suçluluk duygusu gösterdikleri tespit edilmiştir($t(498)=4,383$, $p<0,05$).

Menopoz döneminde psikolojik belirtilerden olan karakter değişiklikleri ile suçluluk faktörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda karakter değişiklikleri olan grubun (Ort.=4,15, Ss=0,41) olmayan gruba göre (Ort.=3,73, Ss=0,37) daha yüksek suçluluk algısı geliştirdikleri gözlenmiştir($t(498)=3,094$, $p<0,05$).

Menopoz döneminde psikolojik belirtilerden olan karakter değişiklikleri ile utanç faktörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda karakter değişiklikleri olan grubun (Ort.=4,43, Ss=0,22) olmayan gruba göre (Ort.=4,07, Ss=0,27) daha yüksek utanç algısı geliştirdikleri gözlenmiştir($t(498)=3,640$, $p<0,05$).

Tablo 23. Kadınların Menopozu Algılama Durumunun Suçluluk-Utanca Etkisi

	Hayır			Evet			t	df
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı		
Menopozda Olmaktan Üzüntü Hissetme								
Algılanan Suçluluk	3,70	0,39	307	3,80	0,34	193	3,039	498
Menopozda Olmaktan Hiçbirşey Hissetmeme								
Algılanan Suçluluk	3,80	0,37	293	3,66	0,37	207	4,108	498
Menopozda Olduğunu Eşine Söylemeye Çekinme								
Algılanan Utanç	4,03	0,19	127	4,10	0,30	373	2,134	498
Menopozun Kısırlık Olduğunu Düşünme								
Algılanan Suçluluk	3,80	0,37	280	3,67	0,38	220	3,692	498
Erkek İstedığı Sürece Çocuk Yapma								
Algılanan Suçluluk	3,70	0,40	366	3,84	0,28	134	3,706	498

Tablo 23'te menopozu girmeye birlikte üzüntü hissetme ile suçluluk faktörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda üzüntü hisseden grubun (Ort.=3,80, Ss=0,34), üzüntü hissetmeyen gruba göre (Ort.=3,70, Ss=0,39) daha yüksek suçluluk duygusu gösterdiği tespit edilmiştir($t(498)=3,039$ $p<0,05$).

Menopozu girmeye birlikte hiçbir şey hissetmeme ile suçluluk faktörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda hiçbir şey hissetmeyen grubun (Ort.=3,66, Ss=0,37), bir şeyler hisseden gruba göre (Ort.=3,79, Ss=0,37) daha düşük suçluluk duygusu gösterdiği tespit edilmiştir($t(498)=4,108$ $p<0,05$).

Menopozu girmeye ilgili durumu eşine söylemekte çekinmek ile utanç faktörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda menopozu girdiğini eşine söylemekte çekinen kadınların (Ort.=4,03, Ss=0,19), bu durumu eşine söylemekte çekinmeyen kadınlara göre (Ort.=4,10, Ss=0,30) daha düşük utanç algısı geliştirdikleri gözlenmiştir($t(498)=2,134$ $p<0,05$).

Menopozun kadının kısır olup olmamasını düşünme ile suçluluk faktörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda menopoz kadının kısır olması diyen grubun (Ort.=3,80, Ss=0,37) hayır diyen gruba göre (Ort.=3,67, Ss=0,38) daha yüksek algılanan suçluluk duygusu gösterdikleri tespit edilmiştir($t(498)=3,692$ $p<0,05$).

'Erkek istediği sürece kadını çocuk yapmalı mıdır' sorusu ile suçluluk faktörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda Evet diyen grubun (Ort.=3,84, Ss=0,28) Hayır diyen gruba göre (Ort.=3,70, Ss=0,40) daha yüksek suçluluk algısı geliştirdikleri gözlenmiştir($t(498)=3,706$ $p<0,05$).

Tablo 24. Menopoz Döneminde Doktora Başvurmanın Suçluluk-Utanca Etkisi

	Hayır			Evet			t	df
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı		
Çarpıntı Şikâyetiyle Doktora Gitme								
Algılanan Suçluluk	3,75	0,38	482	3,55	0,27	18	2,242	498
Uykusuzluk Şikâyetiyle Doktora Gitme								
Algılanan Suçluluk	3,75	0,38	485	3,46	0,22	15	3,004	498
Algılanan Utanç	4,08	0,27	485	3,93	0,26	15	2,176	498
Psikolojik Sorunlarıyla Doktora Gitme								
Algılanan Utanç	4,08	0,27	496	3,63	0,54	4	3,348	498

Tablo 24’de menopoza giren kadınların çarpıntı şikâyetiyle doktora başvurması ile suçluluk faktörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda çarpıntı şikâyetiyle doktora başvurmeyen kadınların (Ort.=3,75, Ss=0,38) başvuran kadınlara göre (Ort.=3,55, Ss=0,27) daha yüksek suçluluk duygusu geliştirdikleri gözlenmiştir($t(498)=2,242$ $p<0,05$).

Menopoz döneminde uykusuzluk şikâyetiyle doktora başvuran kadınlar ile suçluluk faktörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda uykusuzluk şikâyetiyle başvurmeyen kadınların (Ort.=3,75, Ss=0,38) başvuran kadınlara göre (Ort.=3,46, Ss=0,22) daha yüksek suçluluk gösterdikleri tespit edilmiştir($t(498)=3,004$, $p<0,05$).

Menopoz döneminde uykusuzluk şikâyetiyle doktora başvuran kadınlar ile utanç faktörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda uykusuzluk şikâyetiyle başvurmeyen kadınların (Ort.=4,08, Ss=0,27) başvuran kadınlara göre (Ort.=3,93, Ss=0,26) daha yüksek utanç duygusu gösterdikleri tespit edilmiştir($t(498)=2,176$, $p<0,05$).

Menopoz döneminde psikolojik sorunlardan dolayı doktora başvuran kadınlar ile utanç faktörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda doktora başvurmeyen kadınların (Ort.=4,08, Ss=0,27) başvuran kadınlara göre (Ort.=3,63, Ss=0,54) daha yüksek utanç duygusu gösterdikleri tespit edilmiştir($t(498)=3,348$, $p<0,05$).

Tablo 25. Menopoz Yönelik Bilgiye Sahip Olmanın Suçluluğa Etkisi

	Bilgiye Sahip Olma						t	df	Gruplar Arası
	Evet			Kısmen					
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı			
Algılanan Suçluluk	3,87	0,43	69	3,71	0,36	327	3,304	394	X ² =1,544 Ort. X ² =0,772 df= 2 F=5,548 p=0,004
	Bilgiye Sahip Olma						t	df	Grup İçi
	Evet			Hayır					
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı			
Algılanan Suçluluk	3,87	0,43	69	3,75	0,37	104	1,894	171	X ² =69,171 Ort. X ² =0,139 df=497 F=5,548 p=0,004
	Bilgiye Sahip Olma						t	df	Grup İçi
	Kısmen			Hayır					
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı			
Algılanan Suçluluk	3,70	0,36	327	3,75	0,37	104	1,129	429	

Tablo 25'te menopozaya yönelik sahip olunan bilginin 3(Bilgi: Evet, Hayır, Kısmen) suçluluk faktörü üzerindeki etkisini incelemek için varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda sahip olunan bilginin algılanan suçluluğu anlamlı şekilde etkilediği tespit edilmiştir(F(2,497)=5,548, p<0,05).

Alt gruplar arasında bonferonni düzeltmesi kullanılarak ($\alpha/3=0,017$) yapılan bağımsız örnek t-testlerin sonucunda Evet grubunun (Ort.=3,87, Ss=0,43), hayır grubuna (Ort.=3,71, Ss=0,36) göre anlamlı şekilde daha yüksek algılanan suçluluk gösterdiği tespit edilmiştir(t(394)=3,304, p<0,017).

Tablo 26. Menopozun Kötü Durum Olması Düşüncesinin Suçluluk Üzerine Etkisi

	Kötü Durum Düşüncesi						t	df	Gruplar Arası
	Evet			Kısmen					
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı			
Algılanan Suçluluk	3,80	0,37	275	3,64	0,38	115	3,567	388	X ² =1,852 Ort. X ² =0,926 df= 2 F=6,684 p=0,001
	Kötü Durum Düşüncesi						t	df	Grup İçi
	Evet			Hayır					
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı			
Algılanan Suçluluk	3,80	0,37	275	3,72	0,37	110	1,737	383	X ² =68,863 Ort. X ² =0,139 df=497 F=6,684 p=0,001
	Kötü Durum Düşüncesi						t	df	Grup İçi
	Kısmen			Hayır					
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı			
Algılanan Suçluluk	3,64	0,38	115	3,72	0,37	110	1,525	223	

Tablo 26'da menopozaya girmenin kadın için kötü bir durum olmasıyla 3 (kötü durum: Evet, Hayır, Kısmen) suçluluk üzerindeki etkisini incelemek için varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda menopozun kötü bir durum olup olmadığını düşünme ile hissedilen suçluluk duygusunu anlamlı derecede etkilediği tespit edilmiştir(F(2,497)= 6,684, p<0,001).

Alt gruplar arasında bonferroni düzeltmesi kullanılarak ($\alpha/3=0,017$) yapılan bağımsız örneklem t testlerin sonucunda Evet grubunun (Ort.=3,80, Ss=0,37), Kısmen grubuna (Ort.=3,64, Ss=0,38) göre daha yüksek algılanan suçluluk duygusu gösterdiği tespit edilmiştir(t(388)=3,567, p<0,0033).

Tablo 27. Depresif Duygular Hissetmenin Suçluluk ve Utanç Üzerine Etkisi

	Depresif Duygular Hissetme						t	df	Utanca Etkisi	Suçluluk Etkisi
	Evet			Kısmen						
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı				
Algılanan Utanç	4,16	0,32	50	4,06	0,27	335	2,429	383	X ² =0,677	X ² =2,907
Algılanan Suçlulu	3,89	0,40	50	3,69	0,37	335	3,578	383	Ort. X ² =0,339 df= 2 F=4,526 p=0,011	Ort. X ² =1,454 df= 2 F=10,654 p=0,000
	Depresif duygular hissetme						t	df	Grup İçi	Grup Arası
	Hayır			Kısmen						
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı				
Algılanan Utanç	4,12	0,25	115	4,06	0,27	335	2,155	448	X ² =37,191	X ² =67,808
Algılanan Suçlulu	3,83	0,36	115	3,69	0,37	335	3,529	448	Ort. X ² =0,075 df=497 F=4,526 p=0,011	Ort. X ² =0,136 df= 497 F=10,654 p=0,000
	Depresif duygular hissetme						t	df	Grup İçi	Grup Arası
	Evet			Hayır						
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı				
Algılanan Utanç	4,16	0,32	50	4,12	0,25	115	2,429	383	X ² =37,191	X ² =67,808
Algılanan Suçlulu	3,89	0,40	50	3,83	0,36	115	0,977	163	Ort. X ² =0,075 df=497 F=4,526 p=0,011	Ort. X ² =0,136 df= 497 F=10,654 p=0,000

Tablo 27’de menopoz döneminde kendinizi mutsuz hissetme, ağlamaklı olma, hemen ağlama, hiçbir şey yapmak istememe gibi depresif duygular hissetmenin 3(Hissetme: Evet, Hayır, Kısmen) utanç algısı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda menopoz döneminde hissedilen duygunun utanç algısını anlamlı derecede etkilediği tespit edilmiştir(F(3,496)=8,736, p<0,001). Alt gruplar arasında bonferroni düzeltmesi kullanılarak ($\alpha/3=0,017$) yapılan bağımsız örneklem t testlerin sonucunda Evet diyen grubun (Ort.=4,16, Ss=0,32), Kısmen grubuna göre (Ort.=4,06, Ss=0,27) daha yüksek algılanan utanç gösterdikleri tespit edilmiştir(t(383)=3,376, p<0,0017). Bunun yanında hayır diyen grubun (Ort.=4,12, Ss=0,25), Kısmen grubuna göre daha düşük algılanan utanç gösterdikleri tespit edilmiştir(t(448)=2,155, p<0,017).

Menopoz döneminde kendinizi mutsuz hissetme, ağlamaklı olma, hemen ağlama, hiçbir şey yapmak istememe gibi depresif duygular hissetmeyle 3(hissetme: Evet, Hayır, Kısmen) suçluluk üzerindeki etkisini incelemek için varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda hissedilen duygunun algılanan suçluluk duygusunu anlamlı derecede etkilediği tespit edilmiştir(F(2,497)=10,634, p<0,001). Alt gruplar arasında bonferroni düzeltmesi kullanılarak ($\alpha/3=0,017$) yapılan bağımsız örneklem t testlerin sonucunda Evet grubunun (Ort.=3,89, Ss=0,40), Kısmen grubuna (Ort.=3,68, Ss=0,37) göre anlamlı şekilde daha yüksek algılanan suçluluk duygusu gösterdiği tespit edilmiştir (t(383)=3,578, p<0,0033).

Tablo 28. Menopozda Cinsel Yaşamın Suçluluk Üzerine Etkisi

	Cinsel yaşamın etkilenmesi						t	df	Gruplar Arası
	Evet			Kısmen					
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı			
Algılanan Suçluluk	3,68	0,38	148	3,83	0,40	166	3,376	312	X ² =2,075 Ort. X ² =1,038 df=2 F=7,513 p=0,001
	Cinsel yaşamın etkilenmesi						t	df	Grup İçi
	Evet			Hayır					
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı			
Algılanan Suçluluk	3,68	0,38	148	3,71	0,34	186	0,560	332	X ² =68,640 Ort. X ² =0,138 df=497 F=7,513 p=0,001
	Cinsel yaşamın etkilenmesi						t	df	Gruplar Arası
	Kısmen			Hayır					
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı			
Algılanan Suçluluk	3,83	0,40	166	3,71	0,34	186	3,180	350	X ² =3,549 Ort. X ² =1,183 df=3 F=8,736 p=0,000
	Cinsel Tatmin Olma						t	df	Gruplar Arası
	Boş			Çok					
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı			
Algılanan Suçluluk	3,90	0,18	54	3,72	0,40	171	3,196	223	X ² =3,549 Ort. X ² =1,183 df=3 F=8,736 p=0,000
	Cinsel Tatmin Olma						t	df	Grup İçi
	Boş			Az					
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı			
Algılanan Suçluluk	3,90	0,18	54	3,68	0,37	230	4,262	282	X ² =67,166 Ort. X ² =0,135 df=496 F=8,736 p=0,000
	Cinsel Tatmin Olma						t	df	Grup İçi
	Boş			Tatmin Olmuyor					
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı			
Algılanan Suçluluk	3,90	0,18	54	3,91	0,43	45	0,183	97	X ² =67,166 Ort. X ² =0,135 df=496 F=8,736 p=0,000
	Cinsel Tatmin Olma						t	df	Grup İçi
	Çok			Az					
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı			
Algılanan Suçluluk	3,72	0,40	171	3,68	0,37	230	1,038	399	X ² =67,166 Ort. X ² =0,135 df=496 F=8,736 p=0,000
	Cinsel Tatmin Olma						t	df	Grup İçi
	Çok			Tatmin Olmuyor					
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı			
Algılanan Suçluluk	3,72	0,40	171	3,91	0,43	45	2,815	214	X ² =67,166 Ort. X ² =0,135 df=496 F=8,736 p=0,000
	Cinsel Tatmin Olma						t	df	Grup İçi
	Az			Tatmin Olmuyor					
	Ort.	Ss	Sayı	Ort.	Ss	Sayı			
Algılanan Suçluluk	3,68	0,37	230	3,91	0,43	45	3,752	273	X ² =67,166 Ort. X ² =0,135 df=496 F=8,736 p=0,000

Tablo 28’de menopozda olmanın cinsel yaşamı etkilemesi ile 3(Etkilenme: Evet, Hayır, Kısmen) suçluluk üzerindeki etkisini incelemek için varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda menopozun cinsel yaşamı etkilediğinin düşünülmesiyle hissedilen suçluluk duygusunu anlamlı derecede etkilediği tespit edilmiştir(F(2,497)=7,513, p<0,05). Alt gruplar arasında bonferroni düzeltmesi kullanılarak ($\alpha/3=0,017$) yapılan bağımsız örneklem t testlerin sonucunda Evet grubunun (Ort.=3,68, Ss=0,38), Kısmen grubuna (Ort.=3,83, Ss=0,40) göre daha düşük algılanan suçluluk duygusu gösterdiği tespit edilmiştir (t(312)=3,376, p<0,017).

Menopozda girdikten sonra eşini cinsel olarak tatmin etme düşüncesiyle 4(tatmin olma: boş, az çok, az, tatmin olmuyor) bunun suçluluk üzerindeki etkisini incelemek amacıyla varyans analizi yapılmıştır.

Analiz sonucunda menopozda girmeye birlikte eşini tatmin etme düşüncesi ile hissedilen suçluluk duygusunu anlamlı derecede etkilediği tespit edilmiştir(F(3,496)=8,736, p<0,001). Alt gruplar arasında bonferroni düzeltmesi kullanılarak ($\alpha/4=0,00025$) yapılan bağımsız örneklem t testlerin sonucunda Boş grubunun (Ort.=3,90, Ss=0,18), Çok diyen gruba (Ort.=3,72, Ss=0,40) ve az diyen gruba göre (Ort.=3,68, Ss=0,37) daha yüksek suçluluk duygusu gösterdiği tespit edilmiştir; sırasıyla (t(223)=3,196, p<0,00025; t(282)= 4,262, p<0,00025).

Tatmin olmayan grubun (Ort.=3,91, Ss=0,43) çok diyen gruba göre (Ort.=3,72, Ss=0,40) ve az diyen gruba göre (Ort.=3,68, Ss=0,37) daha yüksek suçluluk duygusu gösterdiği tespit edilmiştir; sırasıyla (t(214)=2,815, p<0,0125; t(273)= 3,752, p<0,00025).

5. TARTIŞMA

Araştırma Gaziantep ili Şehitkâmil ilçesi Şirinevler mahallesinde yaşayan 40 yaşından büyük menopoza girmiş kadınların menopozda yaşadıkları değişimleri, menopoza bakış açılarını, yaşayış tarzlarını ve bunun kadınlar üzerindeki suçluluk ve utanç yaratabilme etkisinin yaşam kalitelerine yansımalarını belirlemek amacı doğrultusunda alt problemler, istatistiksel olarak sorgulanmış ve elde edilen bulgular sırasıyla yorumlanıp tartışılmıştır.

Araştırmamızda sosyo-demografik özelliklere bakıldığında; kadınların %46,6'sı 49-54, %30,4'ü 55-59, %15,4'ü 60-64 yaş grubunda %64,2'si Gaziantep doğumludur. Kadınların hepsi ev hanımı, %78,6'sı okur-yazar değil, %11,2'si ilkokul, %9,8'i okur-yazardır. Eşlerinin %41,8'inin ilkokul mezunu, %34,8'i okur-yazardır, %47,4'ü işçi, %25'i serbest meslek, %8'i işsiz, %7,8'i emeklidir. Kadınların %66,8'inin gelir-gidere denk, %31,8'inin gelir-giderden az, %35,4'ünün evi kiradır. Katılanların %53,2'si eşi ve çocuklarıyla oturmaktadır. Kadınların %16,8'i sigara kullandığı bunların %13,2'sinin 1-10 arasında sigara kullandığı saptanmıştır. Görgel ve Çakıroğlu(57) 2007 Ankara çalışmasında kadınların %54,84'ü 50-60 yaş grubunda, %16,13'ü 61 ve üstü yaş grubunda, %42'sinin okur-yazar olmadığı, %29'unun ilkokul mezunu, %83,9'unun ev hanımı, %16,14'ü sigara kullanmakta bunların günde ortalama 6,6 adet sigara kullandığı saptanmıştır. Pala ve ark. nın(102) 2008 İzmir çalışmasında kadınların %58,6'sı 50-59 yaş, %14,5'i 60-69 yaş grubunda, %19,7'si sigara kullanıyor/kullanmış olduğu saptanmıştır. İki çalışma ile araştırmamız arasında benzerlik saptanmıştır. Alpay ve ark.(18) 2013 çalışmasında %81,9'u 46-55 yaş, %4,1'i okur-yazar değil, %67,8'i ev hanımı olduğu saptanmıştır. Fakılı(103) 2013 Ankara çalışmasında kadınların %13'ü ilkokul, %58'i üniversite mezunu, %33'ü ev hanımı, %28'i memur, yaş ortalaması 60,1±7.53 yıl, %26'sının sigara içtiği günlük ortalama 3,2±7.20 adet olduğu belirlenmiştir. Alpay ve ark.nın çalışmasının eğitim açısından ve Fakılı çalışmasının genel olarak bizimle benzerlik göstermediği saptanmıştır. Bunun araştırmaların benzer olmayan çevrelerde gerçekleştirilmiş olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Tunç(104) 2014 Sivas çalışmasında %50'sinin 50-59 yaş, %16,9'u 60 yaş ve üzeri yaş grubunda, %19,3'ü okuryazar değil, %93,3'ü ev hanımı, eşlerin %42,1'i ilkokul, %87,8'inin çalıştığını saptanmıştır. %40,2'si ekonomik durumunu kötü olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Ertem(6) 2010 Ödemiş çalışmada kadınların %42'sinin 40-45 yaş grubunda, %65,7'sinin ilkokul mezunu, %17'si okur- yazar değil, %90,3'ünün çalışmadığı, %71,4'ünün gelir gidere eşit, %24,6'sının gelirlerinin giderlerinden az olduğu belirlenmiştir. Tunç ve Ertem'in çalışmalarının araştırmamızla benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Nehir ve ark.nın(105) 2009 Manisa çalışmasında menopoz yaş ortalaması 46,1±4,7, %51,8'i ilkokul mezunu, %17,3'ü ilkokul mezunu değil, eşlerinin %41,6'sı ilkokul mezunu, %70,4'ü ev hanımı, %56,6'sının gelir-gidere denk, %32,8'inin gelir-giderden az olduğu saptanmıştır. Balık'ın(106) 2013 Ankara çalışmasında kadınların %48,2'si 51- 60 yaş grubu, %37,3'ü ilkokul, %24,5'i okuryazar değil,

%81,8'i ev hanımı, eşlerin %43,6'sı ilkokul, eşlerin %39,1'i emekli olduğu saptanmıştır. Kavlak'ın(107) 2011 Ankara çalışmasında kadınların %41'i 46-50 yaş grubunda, %67,8'i ilkokul mezunu, %85,1'i ev hanımı, %21,7'si sigara kullandığını; %89,8'i çekirdek aile ve %10,2'sinin geniş aile olduğu saptanmıştır. Balık, Kavlak, Nehir ve ark.nın çalışmaları ile araştırmamız arasında bölgesel farklılıklardan dolayı benzer olmayan durumlar tespit edilmiştir. Kapdağlı(108) 2009 Adana çalışmasında kadınların %32,9'u 50-54 yaş grubu, %34,1'i ilkokul mezunu, %16,5'i okur-yazar değil, ailelerinin %45,9'unun aylık gelir düzeyi 504-1006 TL arasında, %14,7'si sigara içtiği, günlük ortalaması 9,68±6,356 (2-20) adet olarak saptamıştır. Kapdağlı çalışmasıyla araştırmamız paralellik göstermektedir. Kıroğlu(109) 2005 Ankara çalışmasında kadınların %30'u 45-50 yaş grubunda, %45'i küçük şehirlerde %32,5'i büyük şehirlerde doğmuştur. Kadınların %52,5'i orta düzeyde gelire, %22,5'i ilkokul mezunu, %52,5'i üniversite mezunu, eşlerin %72,5'i üniversite mezunu, kadınların %68'i kamuda çalışmakta, %77,5'i çekirdek aile olduğu saptamıştır. Kıroğlu çalışması araştırmamızla benzerlik göstermemektedir. Bu durum araştırmaların yapıldığı yerin sosyo-ekonomik özelliğindeki farklılıktan dolayı olduğu düşünülmektedir. Sis'in(110) 2010 Erzurum çalışmasında kadınların %59,3'ü 45-54 yaş, %32,7'si 55-64 yaş grubunda, %84,8'i ilkokul mezunu, %89,4'ü ev hanımı, eşlerin %53,2'si ilkokul mezunu ve %40,3'ü emekli, %70,3'ü çekirdek aile, %68,1'i maddi durumları orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Sis'in çalışmasıyla araştırmamız arasında benzerlik görülmüştür(Tablo 1).

Çalışmamızda kadınların %49,4'ü kronik hastalığa sahip olduğu; bunların %29,4'ü hipertansiyon, %5,6'sı kalp rahatsızlığı, %4,6'sı diyabet, %4'ü astım olduğu saptanmıştır. Kavlak(107) 2011 Ankara çalışmasında kadınların %50,5'i kronik bir hastalığa sahip oldukları saptanmıştır. Özgür(48) 2007 İstanbul çalışmasında %44,73'ü kronik hastalığa sahip; %57,14'ü hipertansiyon ve kalp hastalığı olduğu belirtilmiştir. Kapdağlı(108) 2009 Adana çalışmasında kadınların %60'ı kronik hastalığa sahip; %35,9'u hipertansiyon, %14,7'si hiperkolesterolemi, %11,8'i diyabet, %7,6'sı depresyon, %6,5'i damar hastalığı olduğunu saptamıştır. Bozkurt ve Sevil(111) 2004 İzmir çalışmasında %42,5'i kronik hastalığa sahip ve %43,2'si ile hipertansiyon saptanmıştır. Bu çalışmalar araştırmamızla benzer görülmektedir(Tablo 2).

Kadınların %54'ü aile içi kararlara kısmen katıldığını, %37,8'i eşlerinden kısmen şiddet gördüğünü, %39,6'sı şiddet görmediğini, %22,6'sı da şiddet gördüğünü belirtmişlerdir. Katılan kadınların menoz döneminde %87,8'i aile içerisindeki saygınlığının değişmediğini, %10'u azaldığını, %2,2'si saygınlığının arttığını söylemiştir. Kadınların %85,6'sı eşlerinin menozda olmalarından etkilenmediğini, %12,2'si olumsuz etkilendiğini, %81,2'si menozdan sonra eşlerinin ilgi ve isteğinin azalmadığı, %13,4'ü kısmen azaldığı, %5,4'ü azaldığını söylemiştir. Kadınların %79'u menozda eşlerinin sevgisinin azalmadığını belirtmişlerdir. Kadınlar menozda girdiklerini eşlerine söylediklerinde %69,2'si 'bişey söylemedi', %26'sının eşi 'normal karşıladı' demiştir. Şahin(117) 2013 İstanbul çalışmasında

hayatı boyunca eşinden en az bir kez fiziksel şiddete maruz kalan kadınların oranı ülkemiz genelinde %35, Doğu Anadolu bölgemizde %40 olarak saptamıştır. Şahin ülke genel oranı ile araştırmamız benzerlik göstermektedir. Nehir ve ark.nın(105) 2009 Manisa çalışmasında kadınların %83,6'sı ailede kararlara katıldığı, menopozda %27,4'ü eşiyile olan ilişkisinin olumsuz etkilendiği, %4,4'ü eşiyile ilişkisinin olumlu etkilendiği saptanmıştır. Ertem(6) 2010 Ödemiş çalışmasında kadınların %10'u menopoz döneminde olmasının aile içi ilişkilerini etkilediği, Koç ve Sağlam(112) 2008 Sinop çalışmasında kadınların %80,2'si ailede alınan kararlara katıldığı, %10'u katılmadığı, %9,8'i kısmen katıldığı, 'Kadınlar menopozdan sonra genellikle eşinin kendine karşı neler hissedeceğinden endişe duyarlar.' ifadesine %49'u katılmadığı, %32,8'inin katıldığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda alınan kararlara katılan kadın sayısının fazla olması memnuniyet verici olumlu bulgudur. Yapılan çalışmalarla araştırmamız arasında paralelliklerin olduğu saptanmıştır. Tot'un(113) 2004 araştırmasında saygınlık ve söz sahibi olma hakkının verildiği aile ve toplumlarda, kadınların menopoza sorunsuz bir şekilde uyum sağlamalarının kolaylaşmakta olduğu saptanmıştır(Tablo 3).

Kadınların %67,4'ü görücü usulü, %22,8'i kaçarak, %8,8'i severek, %1'i zorla evlenmiştir. Kadınların %51'i 13-15 yaş arasında ilk adetini gördüğünü, %49,2'si son adetlerini 45-49 yaşlarında gördüklerini, %43,8'i 50-54 yaşlarında, %4,8'i 37-44 yaşlarında ve %2,2'si 55 ve üstü yaşlarda son adetini gördüğünü, %56,6'sı 4-6 defa hamile kaldığı, %61,4'ü 4-6 adet çocuğa sahip, %18,2'si 7-9 adet çocuğa sahip olduğunu belirtmişlerdir. Görgel ve Çakıroğlu'nun(57) 2007 Ankara çalışmasında kadınların ilk adetlerini %29,02'si 13 yaşından sonra, %25,81'i 12 ve 14 yaşında, %25,81'i 1-3 kez ve %45,16'sı 4-7 kez hamile kaldığı, %51,61'i 3-4 çocuğa sahip olduğu saptanmıştır. Şentürk ve Kara(114) 2010 Rize çalışmasında kadınların %69'u 50 yaşından önce menopoza girerken, %31'i 50 yaş ve üstünde menopoza girmiş; ortalama menopoz yaşı 46.66 ± 4.42 'dir. Doğum sayıları 0 ile 11 arasında değişmekte olup; ortalaması 3.73 ± 1.97 , %6'sı hiç doğum yapmamış; %18,5'inin parite sayısı 2'nin altında; %75,5'inin 3 ve üstüdür. Kaya ve ark.(115) 2014 İstanbul çalışmasında ortalama pariteleri 4.0 ± 1.7 (aralık 0-10), ilk postmenopozal kanama atağına kadar geçen süre 16.6 ± 5.3 yıl (aralık 1-45) olarak saptandı. Fakılı(103) 2013 Ankara çalışmasında kadınların menarj yaş ortalaması 13.1 ± 1.33 yıl, menstrüal süresi 5.4 ± 1.44 gün, toplam gebelik sayısı 3.6 ± 1.80 , yaşayan çocuk sayısı 2.0 ± 1.05 , menopoz yaşı 48.1 ± 4.12 yıl olarak saptandı. Tunç(104) 2014 Sivas çalışmada kadınların %39'unun 1-3 doğum yaptığı, %35,8'inin 4-6 doğum yaptığı, %53,9'unun 3 ve daha fazla çocuğu ve %46,1'i 2 ve daha az yaşayan çocuğu bulunduğu saptanmıştır. Kavlak(107) 2011 Ankara çalışmasında kadınların %48,5'i toplam gebelik sayısının 4-7 olduğu, %51,5'i 1-2, %42'si 3-4 çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Kiroğlu(109) 2005 Ankara çalışmasında %50'si 2 çocuğa, %17,5'i 3 çocuğa, %7,5'i 5 çocuğa sahiptir. Kadınların %40'ı 40-45, %42,5'i 46-51 yaş arasında menopoza girmiştir. Araştırmamızla hamile kalma ve çocuk sayısı arasında

farklılıklar görülmektedir. Bunu araştırmaların farklı bölgelerde gerçekleşmesine bağlayabiliriz(Tablo 4).

Araştırmamızda %60,4'ü 1-5 yıldır menopozda olduğunu, %32,8'i 6-10 yıldır menopozda olduğunu ve %6,8'i 11 ve üstü yıldır menopozda olduğu, %95,4'ü menopoz döneminde sıkıntı yaşadığını belirtmiş bunun %87,8'i fiziksel ve psikolojik, %6,6'sı sadece psikolojik, %1'i sadece fiziksel sıkıntıdır. Kadınların yaşadıkları fiziksel belirtilere %32,2'si ateş basması, %23,6'sı ateş basması ve gece terlemesi, %14,6'sı ateş basması, gece terlemesi ve çarpıntıyı birlikte yaşadıklarını söylemiştir. Yaşanan psikolojik belirtilere %42,6'sı gerginlik, %15,2'si uykusuzluk ve %7,2'si gerginlik ve hırçınlık yaşadıklarını belirtmişlerdir. Alpay ve ark.(18) 2013 çalışmada kadınların %87,8'inin fiziksel ve psikolojik sıkıntı yaşadığı saptanmıştır. Karlıdere ve Özşahin(42) 2008 çalışmasında menopozal belirti sıklığında ilk sıraları ruhsal ve vazomotor belirtilerin aldığı saptamıştır. Ertem(6) 2010 çalışmasında %85'inin menopozal dönemle ilgili sıkıntılar yaşadığını; bu sıkıntıların %60'ı fiziksel, %40'ı fiziksel-psikolojik olduğunu saptanmıştır. Çalışmamız Karlıdere ve Özşahin, Alpay ve ark. ve Ertem'in yaptığı çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Karlıdere ve Özşahin(42) menopozal dönemde en sık tanımlanan belirtiler sırasıyla %95,7 huzursuzluk ve sıkıntı hissi, %94,7 yorgunluk hissi, sıcak basması ve fenalık hissini ardından %93,3 soğuk terleme, %92,8 kol ve bacak eklemlerinde ağrılar ve %91,9 unutkanlık olmuştur. Fakılı(103) 2013 Ankara çalışmasında menopoza dönemi süresince bireylerin %63'ünde sıcak basması, %49'unda sinirlilik, %42'sinde çarpıntı, %44'ünde uykusuzluk, %50'sinde bitkinlik/yorgunluk, %57'sinde gece terlemesi olduğu görülmüştür. Kiroğlu(109) 2005 Ankara çalışmasında kadınların %55'i sık sık sıcak basması, %42,5 ara sıra uykusuzluk, %47,5'i ara sıra baş dönmesi, %47,5'i ara sıra çarpıntı, %50'si ara sıra baş ağrısı yaşamaktadır. Araştırmalara bakıldığında sıcak basmasının en çok görüldüğü saptanmıştır. Araştırmamızın Karlıdere ve Özşahin çalışmayla daha az, Fakılı ve Kiroğlu çalışmalarıyla daha çok benzerlik göstermektedir. Bu araştırmanın benzer sosyo-ekonomik çevrelerde yapılmasından kaynaklandığı söylenebilir. Kavlak(107) 2011 Ankara çalışmasında %64,1'i 1-3 yıldır menopozda oldukları, Ertem(6) 2010 Ödemiş çalışmasında %48'i 1-5 yıldır menopozda olduğu, Tunç(104) 2014 Sivas çalışmasında %49,2'sinin 1-4 yıldır menopozda olduğu belirlenmiştir. Ertem, Kavlak ve Tunç çalışmalarla benzerlik göstermektedir(Tablo 5).

Çalışmamızda %55'i menopoza kadınlar için kötü bir durum olduğunu, %22'si kötü olmadığını belirtmiştir. Kadınların %45,4'ü menopoza bir hastalık, %56'sı menopoza kadının kısır olması demmiştir. Kadınların %79,6'sı menopoza erken/geç girmenin kadına bağlı olmadığını, kadınların %67'si kendini mutsuz hissetme, üzüntülü olma, hemen ağlama, hiçbir şey yapmak istememe gibi depresif duyguları kısmen hissettiğini, %23'ü hissetmediğini belirtmişlerdir. Kadınların %41,4'ü menopoza girdiklerinde hiçbir şey hissetmediğini, %26,6'sı üzüntü, %13'ü kaygı, %10,2'si üzüntü ve kaygı hissettiklerini belirtmişlerdir. Kadınların %74,6'sı menopoza

girdiklerini eşlerine söylemeye çekinmediklerini, %53,6'sı menopoza girdiklerini ilk eşlerine söylediklerini belirtmişlerdir. Tunç(104) 2014 Sivas çalışmasında kadınların menopozu %26,4'ü hastalık dönemi, %62,2'si hastalık dönemi olmadığı, %89,4'ü doğurganlık yeteneğinin kaybı olarak nitelendirmiştir. Kapdağlı(108) 2009 Adana çalışmasında kadınların %70,2'si menopozda kötü hissettiklerini belirtmiştir. Sis ve Pasinlioğlu(110) 2010 Erzurum çalışmasında kadınlar menopozal dönemi %60,8'i yaşlandığını hissetme, %19,4'ü cinselliğin azalması/bitmesi, %41,8'i üretkenliğin bitmesi, %26,2'si kadınlık özelliklerinin yok olması, %35'i doğal, normal bir süreç olarak algıladıklarını belirtmiş, %62,4'ü menopozal döneme özgü şikâyetleri eşi ile paylaştığı, %50,6'sı arkadaş-komşusuyla, %35,7'si çocuklarıyla, %17,5'i hiç kimse ile paylaşmadığını belirtmiştir. Oğurlu(116) 2008 Aydın çalışmasında kadınların %56,8'i menopozu yaşamın normal dönem gördüklerini, adet olmaktan ve gebe kalmaktan kurtuldukları için bu dönemi olumlu algıladıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %43,2'si menopoz döneminin sıkıntılı bir dönem, yaşlılığın başlangıcı, kadınlığın kaybı nedenleriyle olumsuz algıladıklarını ifade etmişlerdir. Araştırma Tunç, Kapdağlı, Oğurlu, Sis ve Pasinlioğlu'nun çalışmaları ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Kıroğlu(109) 2005 Ankara çalışmasında kadınlar %27,5'i menopoz dönemini çok rahat, %25'i az rahat yaşadıklarını, menopozu %32,5'i oldukça kayıp, %25'i tamamen kayıp olduğunu, %47,5'i az derecede olgunlaşma, %55'i tamamen yaşlanma olduğunu, %40'ı az derecede hastalık, %32,5'i oldukça hastalık olduğunu belirtmiştir. Kadınların %30'u menopoza girdiklerini eşlerine, %30'u anne, kardeş veya aileden herhangi başka birine söylemeyi, %10'u doktora, %10'u başkasına, %7,5'i arkadaşına, %2,5'i kızına söylemeyi %10'u hiç kimseye söylememeyi tercih etmiştir. Menopoza girince %37,5'i 'Çok Doğal Karşılıdım', %17,5'i 'Kabullenmem Uzun Zaman Aldı', %37,5'i kaygı ve endişelerinin arttığını belirtmiştir. Koç ve Sağlam(112) 2008 Sinop çalışmasında kadınların %57'si bu dönemi kötü, %37,2'si "Birçok kadın menopozdan sonra artık bir kadın olmadığını düşünür." ifadesine katıldığı saptanmıştır. Kadınların menopoz algılarında araştırmamız arasında benzerlik görülmektedir. Kadının sosyal ve ekonomik varoluşunun çocuk doğurma ile ilişkili görüldüğü toplumlarda üreme işlevinin bitmesi ile gerçek kadın olunmadığı düşüncesi gelişebilir. Bu düşüncede sosyo-kültürel ve psikolojik faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir(Tablo 6).

Kadınların menopoz ile ilgili bilgi ve tedavi alma özelliklerine bakıldığında; %65,4'ü kısmen menopozla ilgili bilgiye sahip olduğu, %20,8'i menopozla ilgili bilgiye sahip olmadığı, %74,4'ü menopoz ile ilgili bilgi aldıklarını, bilgi alanların %16,6'sı komşusundan, %9'u sağlık personelinde bilgi aldıklarını söylemiştir. Kadınların %79,4'ü menopozda tedavi almadıklarını belirtmişlerdir. Tedavi alan kadınların %10,6'sı ilaç tedavisi, %10'u alternatif yöntemleri kullandıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %94'ünün menopozda depresyon ilacı kullanmadığı, %76,2'si menopozda doktora gitmediğini, doktora giden kadınların %6'sı adet gecikmesi sebebiyle, %5,2'si ateş basması, %2,2'si çarpıntı, %2,2'si uykusuzluk, %2'si terleme şikâyetiyle doktora gittiğini belirtmiştir. Ertem(6) 2010 Ödemiş çalışmasında kadınların %62'sinin

menopozal dönemle ilgili bilgi aldığı, %96'sının herhangi bir sağlık hizmeti almadığı; bilgi alanlarında %70,4'ünün TV ve basın yoluyla bilgi sahibi oldukları, %17,7'si komşudan, %6,5'i sağlık personelinden, %5,5'i aileden bilgi sahibi oldukları; %96'sı tedavi almadığı tespit edilmiştir. Koç ve Sağlam(112) 2008 Sinop çalışmasında %35,2'si klimakterik döneme ilişkin bilgi aldığı, %59,2'si bilgi almadığı, %5,6'sı kısmen bilgi aldığı ve %61,8'inin doktor, %16,2'sinin de ebe ve hemşireden bilgi aldığı saptanmıştır. Tunç(104) 2014 Sivas çalışmasında kadınların %58,7'sinin menopozla ilgili bilgi aldığı, bilgi alanların %77,2'sinin hekimden, %17,4'ü ebe ve hemşireden, %5,4'ü diğer (televizyon, gazete, dergi) olduğunu; %92,5'i menopoza yönelik tedavi alırken, %46,8'inin hormon replasman tedavisi aldığı saptanmıştır. Kıroğlu(109) 2005 Ankara çalışmasında kadınların %70'i kendilerini menopoz ait oldukça bilgi sahibi, bu bilgileri %37,5'i en çok birden fazla kaynaktan (Doktor, arkadaş, kitaplar) aldıklarını, %35'i doktordan, %15'i tv/basından, %17,5'i aileden, %7,5'i komşu/arkadaş edindiklerini söylemişlerdir. Kadınların %17,5'i iki yıldır düzenli olarak tedavi gördüklerini, %77,5'i hiçbir tedavi görmeyip sadece düzenli kontrol yaptırmakta ve ufak tefek şikâyetlerine cevap aramakta olduğu saptanmıştır. Nehir ve ark.(105) 2009 Manisa çalışmasında %42,3'ü menopozal yakınmalarını eşiyle paylaşmak istediğini ifade ettiği, %29,3'ü doktor/hemşire ile paylaştığını, %12,4'ü arkadaş/kardeş, %9,4'ü çocukları, %6,6'sının hiç kimseyle paylaşmadığı saptanmıştır. Kadınların %20,4'ü menopozal yakınmaları için ilaç/bitki kullandığı, %79,6'sı kullanmadığını belirttiği saptandı. Bezircioğlu ve ark.(37) 2004 çalışmada kadınların %56,8'i menopozal döneme yönelik danışmanlık almadığı, %38,9'u hekimden, %1,1'nin ebe-hemşireden, %3,2'sinin medya, kitaptan bilgi aldığını tespit etmiştir. Alpay ve ark.(18) 2013 çalışmasında olguların %49,7'si hafif, %18,7'si orta derecede depresyon yaşadığını saptanmıştır. Bozkurt(111) 2004 İzmir çalışmasında %54,2'si aldığı, %45,8'i bilgi almadığı saptanmıştır. Çalışmalar arasındaki benzerliğin kadınların menopoz algısının aynı öneme sahip olmasından olduğu söylenebilir. Farklı sonuçlar çıkması değişik bölge ve sosyo-ekonomik çevrelerden kaynaklandığından olduğu düşünülebilir(Tablo 7).

Kadınların %37,2'si menopozda cinsel yaşamlarının etkilenmediğini, %29,6'sı etkilendiğini, %46'sı menopozda eşlerinin cinsel olarak az tatmin olduğunu, %34,2'si çok tatmin olduğunu, %9'u tatmin olmadığını söylemiş, %10,8'i soruyu boş bırakmıştır. Kadınların %82,8'i kadının çocuk yapmasını gurur verici olduğunu; kadınların %73,2'si erkek istediği sürece çocuk yapmayacağını, %26,8'i yapacağını söylemiştir. Kadınların %92,8'si eşlerinin çocuk sahibi olmak için başka bir kadınla evlenmesine haklı değil, %3,4'ü haklı cevabını vermiştir. Varma ve ark.(16) 2005 Denizli çalışmasında kadınların %69'u menopozun cinsel yaşamına etkilerini hiç düşünmediğini ifade etmiştir. Kıroğlu(109) 2005 Ankara çalışmasında kadınların %37'si menopozda sık sık cinsel istekte azalma yaşamakta, %25'i ara sıra azalma yaşamaktadır. Balık(106) 2013 Ankara çalışmasında kadınların yarısı menopoz döneminde cinsel sorunları (%24,53 cinsel istekte azalma+%21,8 cinsel ilişkide ve tatmin olmada

değişiklik=%46) şiddetli yaşadıklarını belirtirlerken, %29,1'i orta düzeyde yaşadığını açıklamıştır. Menopoza girmiş olan kadınların %35,5'i eşleriyle cinsel ilişki konusunda ara sıra anlayamadığını belirtirken, %22,7'si sıklıkla anlayamadıkları saptanmıştır. Araştırma, Balık ve Kiroğlu çalışmalarıyla benzerlik göstermesi Varma ile farklı olması araştırma evrenlerin benzer-farklı kültürlerde olmasından kaynaklanabilir. Tunç(104) 2014 Sivas çalışmasında kadınların cinsel sorunlar yaşamayı %18,1'i şiddetli, %16,9'u çok şiddetli, %22'si hiç yok olarak belirtmiştir. Kapdağlı(108) 2009 Adana çalışmasında kadınların %40'ı eşinin cinsel hayatından mutlu olduğunu; %35,3'ü cinsel yaşamda tam tatmin olmadığını; %31,2'si orta tatmin olduğunu, cinsel istekte azalmanın olmadığını saptadı($p<0.05$). Tunç ve Kapdağlı çalışmalarına çalışmamız benzemektedir (Tablo 8).

Kadınların Suçluluk-Utanç ölçeğinde 'Evinizin çok dağınık olduğu bir sırada beklenmeyen bazı misafirlerin gelmesi.'ne %79'u 'Çok rahatsızlık duyardım'; 'Sözlü bir sınav sırasında kekeleydiğiniz ve heyecandan şaşırduğunuzda hocanın sizin bu halinizi kötü bir sınav örneği olarak bütün sınıfa göstermesi.' ne %79,2'si 'Epey rahatsızlık duyardım'; 'Tanıdığımız birinin sıkıntıda olduğunu bildiğiniz ve yardım edebileceğiniz halde yardım etmeme.'ye %80,2'si 'Epey rahatsızlık duyardım' ve 'Herkesten sakladığınız ve hoş olmayan bir davranışın açığa çıkarılması.'na %82'si 'Epey rahatsızlık duyardım' cevabını vermiştir. Araştırmamızda Suçluluk-Utanç ölçeğinde öne çıkan soruların bireylerin toplumda nasıl göründükleri ve algılandıklarını önemsediklerini gösteren sorularda yüksek puanları işaretledikleri ve bu durumun menopozda beden algısında yaşanan değişimin kadınlar için önem taşıyabileceğini düşündürmektedir(Tablo 9).

Kadınların Yaşam Kalitesi ölçeğinde kadınların ağrıların %51,6'sı 'orta derecede'; hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriye %71,4'ü 'ne iyi, ne kötü'; diğer kişilerle ilişkilerinizden hoşnutluğa %64,8'i 'ne hoşnut, ne değil'; cinsel yaşamınızdan hoşnutluğa %26,2'si 'çok az hoşnut'; yaşamaktan keyif almaya %66'sı 'orta derece'; bedensel görünüşü kabullenmeye %60,2' si 'orta derecede'; kadınların ulaşım olanaklarından hoşnutluğa %69,6'sı 'ne hoşnut, ne değil'; yaşam kalitesine %66,4'ü 'ne iyi ne kötü'; sağlıklarından hoşnutluğa %66'sı 'ne hoşnut ne de değil' demiştir. Araştırmada Yaşam Kalitesi ölçeğinde kadınların yaşamlarında ağrılarından, hareketlilik düzeylerinden, cinsel yaşamlarından, bedensel görünüşlerinden, yaşam kalitelerinden, sağlıklarından ve ulaşım olanaklarından orta düzeyde memnundur(Tablo10).

Tablo 14'da katılanların çocuk yapma yeteneğinin kadın için gurur verici durum olmasına kısmen katılanların suçluluk, ruhsal ve sosyal alanlarında yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Bu durumun menopozdaki kadınların cinsel yaşamlarındaki yaşadıkları sıkıntıların ruhsal durumlarını ve sosyal ilişkilerini çok fazla etkilemese de bu durumda kadınların yüksek suçluluk duyabilecekleri sonucuna varabiliriz. Menopozda aile içindeki saygınlığının arttığını söyleyen grubun daha yüksek oranda utanç duyduğu söylenebilir.

Menopoz döneminde fiziksel türden sıkıntılar yaşayan grubun yaşam kalitesi alanlarından bedensel alanın daha yüksek oranda iyilik halinde olduğu görülmektedir. Normalde beklenen sonuç fiziksel yönden sıkıntılar yaşayanların bedensel yönden düşük iyilik halinde olması gerektiği sonucudur. Menopoza erken ya da geç girmenin kadına bağlı olduğunu düşünenlerin ruhsal ve çevresel yönden daha yüksek iyilik hali gösterdiği görülmektedir. Normalde beklenen sonuç ruhsal ve çevresel yönden daha düşük iyilik hali göstermesi gerektiği sonucudur.

Tablo 15’de Suçluluk-Utanç Ölçeği ve Yaşam Kalitesi ölçeği alt grup değer dağılımına bakıldığında; Cronbach Alfa değerleri suçluluk faktörünün 0,825, utanç faktörünün 0,661, bedensel alanın 0,739, ruhsal alanın 0,598, sosyal alanın 0,672, çevre alanın 0,730 bulunmaktadır. Alan puan ortalamaları suçluluk faktörünün 44,87, utanç faktörünün 48,97, bedensel alanın 10,64, ruhsal alanın 10,96, sosyal alanın 11,12, çevre alanın 10,84 bulunmaktadır. Ortalamaları suçluluk faktörünün 3,74, utanç faktörünün 4,08, bedensel alanın 2,66, ruhsal alanın 2,74, sosyal alanın 2,78, çevre alanın 2,71 bulunmaktadır. Standart sapmaları suçluluk faktörünün 0,37, utanç faktörünün 0,27, bedensel alanın 0,42, ruhsal alanın 0,39, sosyal alanın 0,49, çevre alanın 0,37 bulunmaktadır. Şahin ve Şahin(99) 1992 yılında yaptığı çalışmada Cronbach Alfa değeri “suçluluk” alt ölçeği için 0.81, “utanç” alt ölçeği için 0.80 bulunmuştur. Araştırmamızla Şahin ve Şahin’in çalışması arasında suçluluk faktörü benzer, utanç faktörü çalışmamızda daha düşük bulunmuştur. Fidaner ve ark.nın(100) 1999 yılında yaptığı çalışmada Cronbach alfa değerleri bedensel alanda 0.83, ruhsal 0.66, sosyal 0.53, çevre alanında 0.73 bulunmuştur. Fidaner ve ark.nın yaptığı çalışma ile araştırmamız arasında benzerlik olduğu görülmüştür.

Tablo 16’da yaşın suçluluk, utanç, bedensel alan, sosyal alan, ruhsal alan ve çevre alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocuk sayısının utanç, sosyal alan ve çevre alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur($p<0,05$). Evlenme şeklinin utanç, suçluluk, sosyal alan, ruhsal alan ve bedensel alan ile istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır($p<0,05$). Eşinden şiddet görmenin suçluluk, utanç, bedensel alan, ruhsal alan ve çevre alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$). Menopozda olma yılının suçluluk, utanç, bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevre alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir($p<0,05$). Çalışmamızda yaşın, menopozda olma yılının, evlenme şeklinin ve eşinden şiddet görmenin yaşam kalitelerini ve suçluluk- utanç üzerinde etkili olmasının kadınların ve eşlerinin menopoza bakış açılarından ve eş-kadın ilişkisi ile paralellik göstermesinden kaynaklandığı söylenebilir. Çalışmamızda menopozda tedavi alma ile yaşam kalitesi alt grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır($p<0,05$). Ertem(6) 2010 Ödemiş çalışmasında tedavi alma durumu ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır($p>0,05$). Çalışmamız ile Ertem’in çalışması arasında farklılık olmasının verilen tedavinin etkinliğinden ve devamlılığının olmamasından kaynaklandığı söylenebilir. Çalışmamızda psikolojik belirti

yaşamının suçluluk hariç utanç ve diğer alanlarda istatistiksel açıdan anlamlı ilişkisi olduğu tespit edilmiştir($p<0,05$). Menopozda depresyon yaşama ile sosyal ve çevre alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. Menopozda depresif duygular hissetme ile suçluluk ve utanç arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0,05$). Bu durumların menopozal belirtilerin şiddetindeki artışa bağlı olarak genel iyilik halini olumsuz etkilediğini, kaygısını arttırarak mevcut durumu ile baş etmede yetersiz kalmasına neden olduğunu, depresif belirtileri ortaya çıkardığı ve kadınların suçluluk ve utanç duygusuna kapıldıklarını düşündürmüştür. Çalışmamızda menopozu hastalık ve kısırlık olarak algılayanlarla utanç, sosyal alan, ruhsal alan, çevre alan ve bedensel alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0,05$). Menopozu kötü bir durum görme ile suçluluk, utanç, sosyal alan, bedensel alan, ruhsal alan ve çevre alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$). Çalışmamızda menopozal algıya bağlı olarak kadınların yaşam kalitelerinin etkilendiği görülmektedir. Kadınların menopozu hastalık ve kısırlık olarak değerlendirmesinin suçluluk üzerinde değil utanç üzerinde etki ettiği belirlenmiştir. Sonuç olarak kadınların menopoz ile düşüncelerinin yaşamlarını ve benliklerini etkileyebileceğini düşündürmektedir. Çalışmada menopozda olmasına eşin verdiği tepki ile suçluluk, utanç, sosyal alan, ruhsal alan ve bedensel alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0,05$). Menopozda cinsel yaşamın etkilenmesi ve eşin tatmin olma durumu ile suçluluk, utanç, sosyal alan, bedensel alan ve çevre alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0,05$). Nehir ve ark.nın(105) 2009 Manisa çalışmasında menopozal belirtiler ile evlilik uyumu puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında ise ters yönde bir ilişki olduğu görüldü($p=0,000$). Çalışmamızda eşin kadının menopozda olmasına verdiği tepki ile yaşam kalitesi, suçluluk, utanç üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Bu durumdan dolayı Nehir ve ark.nın çalışmasıyla benzerlik olduğu düşünülmektedir. Kadınların menopozda eşleriyle olan ilişkilerinin yaşam kalitelerini etkilediği ve buna bağlı suçluluk, utanç yaşayabileceklerini düşündürmüştür.

Tablo 17'de suçluluk ile bedensel alan ve ruhsal alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0,05$). Bu durum kadınların suçluluk duygusuna kapıldıklarında ruhsal ve bedensel yönden etkilendiklerini göstermektedir. Çevre ve sosyal yönden etkilenmemeleri kadınların menopozda yaşadıklarını paylaşmamalarından kaynaklandığından dolayı olduğunu düşündürmektedir. Utanç ile bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevre alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0,05$). Kadınların yaşadıkları utancın yaşam kalitelerini her yönden etkilediği bu durumun menopozda yaşadıkları sıkıntılardan ve menopoz algılarından olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 18'de menopoza girdikten sonra aile içerisindeki saygınlığın etkilenmesi ile menopoza girmenin kadına bağlı olduğu inancı arasında anlamlı bir ilişki ($X^2=26,76$, $p<0,05$) tespit edilmiştir. Araştırmamızda menopoza girmenin kadına bağlı olmadığını düşünenlerin aile

içindeki saygınlıklarının da değişmediğini düşündükleri görülmektedir. Bu durumun birbiri arasında anlamlı ilişkide olması beklenen bir sonuçtur. Menopozun kadına bağlı olmadığını düşünen grubun fazla olması kadınların menopozu algılamasından kaynakladığı ile ilgili olduğu söylenebilir. Evlenme şekli ile saygınlığın etkilenmesi arasında anlamlı bir ilişki ($X^2=5,35$, $p>0,05$) tespit edilmemiştir. Çalışmamızda görücü usulü, kaçarak ve severek evlenen kadınların aile içindeki saygınlıklarının değişmediğini düşündüğü görülmektedir. Bu durum evlenme şeklinin menopozda kadınların aile içindeki saygınlıklarını etkilenmediğini göstermektedir. Evlenme şekli ile saygınlık arasında anlamlılık olmadığı söylenebilir.

Tablo 19’da aile içerisindeki kararlara katılmak ile menopozun kötü bir durum olarak algılanması arasında anlamlı bir ilişki ($X^2=41,24$, $p<0,05$) tespit edilmiştir. Çalışmamızda ailede kararlara katılanların menopozu kötü bir durum olarak gördüğü saptanmıştır. Aynı şekilde çoğunluğu oluşturan aile içerisindeki kararlara katılmayanların da menopozu kötü bir durum olarak değerlendirildiği görülmektedir. Sonuç olarak kadınların aile içindeki etkinliği menopoz algısını değiştirmediğini düşündürürken istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir. Eşinden şiddet görme ile menopozun kötü bir durum olarak algılanması arasında anlamlı bir ilişki ($X^2=74,79$, $p<0,05$) tespit edilmiştir. Araştırmada eşinden şiddet görmeyen kadınların menopozu kötü bir durum, kısmen şiddet görenler menopozu kısmen kötü durum olarak değerlendirmiştir. Bakıldığında eşinden şiddet görmeyenler arasında da şiddet görenlerin olduğu düşünülmekte, şiddetin menopozu kötü durum algısına yaklaştırdığı ve kadınların eşlerindeki tepkisine göre şekillendiği düşünülebilir. Menopozla ilgili bilgiye sahip olma ile menopozun kötü bir durum olarak algılanması arasında anlamlı bir ilişki ($X^2=36,68$, $p<0,05$) tespit edilmiştir. Menopoz hakkında çoğunluğu oluşturan kısmen bilgiye sahip olan kadınların menopozu kötü bir durum olarak değerlendirmektedir. Bu durum bilgiye sahip olmanın menopoz algısını değiştirmediğini veya bilgisi olduğunu söyleyenlerin yeteri düzeyde/anlamlı bilgiye sahip olmadıklarından dolayı kötü bir durum olarak değerlendirdikleri varsayılabilir. Menopozla girdiğini paylaştığı kişi ile menopozun kötü bir durum olarak algılanması arasında anlamlı bir ilişki ($X^2=65,89$, $p<0,05$) tespit edilmiştir. Araştırmada kadınların menopozla girdiklerini ilk eş ve komşularıyla paylaşanların menopozu kötü bir durum olarak algıladığı görülmektedir. Kadınların menopoz algılarında eşin ve çevrenin etkisinin büyük olduğu düşünülmektedir. Sonuç olarak menopozda olduğunu ilk kime söylediğinin menopoz algısında etkili olduğu ve istatistiksel olarak anlamlılık sağladığı söylenebilir.

Tablo 20’de menopozla girdikten sonra eşin sevgisinin azalması ile menopozla erken/geç girmenin kadına bağlı olması düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki ($X^2=158,04$, $p<0,05$) tespit edilmiştir. Araştırmamızda menopozda eşin sevgisinin azalmadığını söyleyenler ile menopozun kadına bağlı olmadığını düşüncesine sahip olanlar arasında doğru orantı olduğu görülmektedir. Eşin sevgisinin azalmadığına düşünenlerin menopozu kendileriyle ilgili olmadığını düşünmesi beklenen bir durumdur. Kadının çocuk yapma yeteneğini sürdürebilmesi gurur verici midir

sorusu ile menopoza erken ya da geç girmenin kadına bağlı olması düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki ($X^2=17,43$, $p<0,05$) tespit edilmiştir. Çalışmamızda kadınlar çocuk yapmanın gurur verici bir durum olduğunu düşünmekte ama menopoza erken ya da geç girmek kadına bağlı olmadığı düşüncesine sahip olanlarda bu durumu etkilemediği söylenebilir. Erkek istediği sürece kadın çocuk yapmalı mıdır sorusu ile menopoza erken ya da geç girmenin kadına bağlı olması düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki ($X^2=121,06$, $p<0,05$) tespit edilmiştir. Çalışmamızda erkek istediği sürece kadın çocuk yapmamalıdır diye düşünenlerin fazla olduğu ve menopozun kadına bağlı olmadığını düşünenlerle paralellik gösterdiği görülmektedir. Sonuçlara baktığımızda %83'ünün 4 ve üzerinde çocuğa sahip olmasını sadece erkeklerin istemesinden değil kadınlarında istemesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Yeterli sayıda çocuğa sahip olunması menopozun kadına bağlı değil düşüncesi üzerinde etkili olmasına sebep olduğu söylenebilir. Eş, çocuk sahibi olmak için başka bir kadınla evlenirse haklı mıdır sorusu ile menopoza erken/geç girmenin kadına bağlı olması düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki ($X^2=22,96$, $p<0,05$) tespit edilmiştir. Çalışmamızda erkeğin çocuk sahibi olmak için başka bir kadınla evlenmemesi gerektiğini düşünenlerin fazla olduğu ve menopozun kadına bağlı olmadığını düşünenlerle paralellik gösterdiği söylenebilir. Kadınların her ne durum olursa olsun eşlerini paylaşma fikrine sıcak bakmadıkları ve menopoza girmenin, çocuk sahibi olmanın kadınla ilgili bir durum olmadığını düşünmesi fikrine sahip olunmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 21'de menopozda komşudan bilgi almayan grubun alan gruba göre daha fazla suçluluk algısı geliştirdikleri belirlenmiştir($p<0,05$). Sağlık personelinde bilgi almayan grubun bilgi alan gruba göre daha yüksek suçluluk duygusu geliştirdikleri saptanmıştır($p<0,05$). Çalışmada akraba ve çocuklardan alınan bilgide suçluluk algısı üzerinde anlamlılık bulunmamıştır. Komşu ve sağlık personelinde bilgi almayan kadınların alanlara göre suçluluk algısı geliştirdikleri bulunmuştur. Bu durum konu hakkında bilgiye sahip olunmasının suçluluk algısı üzerinde azaltıcı etkisi olduğu fakat bu durumun kan bağı olmayan kişilerden alınan bilgide sadece gözlenmektedir. Kadınların ailesi dışındaki çevreyle buldukları durumu paylaşımlarının yaşadıkları suçluluğu azaltıcı etkisi olduğunu düşündürmektedir. Kadınların çevrelerinden alacakları tepkiye önem verdiklerini onları daha iyi anlayan olarak komşu ve sağlık personelini görmelerinden dolayı suçluluk algısını az hissettiklerini düşündürmektedir.

Tablo 22'de menopozda sıkıntı yaşamayan grubun, yaşayana göre daha yüksek algılanan suçluluk gösterdikleri ve menopoz döneminde sıkıntı yaşamayan grubun, yaşayana göre daha yüksek algılanan utanç gösterdikleri tespit edilmiştir($p<0,05$). Çalışmamızda sıkıntı yaşamayan kadınların yaşayanlara göre daha yüksek suçluluk ve utanç yaşadıkları bulunmuştur. Aslında beklediğimiz sıkıntı yaşayan kadınların daha fazla suçluluk ve utanç yaşamalarıdır. Sıkıntı yaşamamanın suçluluk ve utanç yaşamak için kadınların önemseydiği ve rahatsızlık duyduğu bir durum olmadığını düşündürmektedir. Menopoz döneminde yaşanan fiziksel belirtilerden

olan gece terlemeleri yaşamayan grubun yaşayan gruba göre daha yüksek algılanan suçluluk gösterdikleri tespit edilmiştir($p<0,05$). Menopoz döneminde çarpıntısı olmayan grubun çarpıntısı olan gruba göre daha yüksek suçluluk duygusu gösterdikleri tespit edilmiştir($p<0,05$). Araştırmada gece terlemesi ve çarpıntının kadınların suçluluk algısı üzerinde bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur. Kadınların çevrelerinden dolayı bu durumları yaşadıklarında suçluluk hissedecekleri düşünülmekteydi fakat hissetmemelerinin yaşadıkları sıkıntıları sağlık problemi olarak görüp kişileştirmemelerinden kaynaklandığından dolayı olduğu söylenebilir. Menopoz döneminde psikolojik belirtilerden olan karakter değişiklikleri olan grubun olmayan gruba göre daha yüksek suçluluk algısı geliştirdikleri gözlenmiştir($p<0,05$). Karakter değişiklikleri ile utanç faktörü arasında yaşayan grubun yaşamayan gruba göre daha yüksek utanç algısı geliştirdikleri gözlenmiştir($p<0,05$). Çalışmamızda karakter değişikliği yaşayanların yaşamayanlara göre daha yüksek suçluluk ve utanç yaşadıkları bulunmuştur. Kadınların sosyal ilişkileri ve aile içindeki konumlarıyla doğrudan ilişkili olmasından dolayı yüksek çıktıği söylenebilir.

Tablo 23’de kadınların menopoza girmeyele üzüntü hissetme ile suçluluk faktörü arasında üzüntü hisseden grubun, hissetmeyen gruba göre daha yüksek suçluluk duygusu gösterdiği, hiçbir şey hissetmeme ile suçluluk faktörü arasında hiç bir şey hissetmeyen grubun, hisseden gruba göre daha düşük suçluluk duygusu gösterdiği tespit edilmiştir($p<0,05$). Araştırmada kadınların %68’i menopozda üzüntü ve hiçbir şey hissetmeme durumu yaşamıştır. Kadınların %78’i menopozu kötü durum olarak değerlendirmiştir. Bowles(9, 35) tarafından öne sürülen kuramsal bir modelde, menopoza ilişkin tutumların oluşması ve menopoz yaşantısının belirlenmesi ile ilgili iki görüş ileri sürülmektedir. Bu görüşlerin ilki, toplumun inançları, beklentileri ve sosyokültürel bakış açılarının bireylerin menopoza yönelik tutumlarını belirlediğini; ikincisi, toplumsal etkilerle oluşan menopoza ilişkin bireysel tutumların da menopoz dönemindeki yaşantıyı etkilediğini savunmaktadır. Diğer bir deyişle kültürel inançlar, değerler ve tutumlara bağlı bireyler tarafından menopozun önemsiz/travmatik, olumlu ve olumsuz algılanabileceği ifade edilmektedir. Çalışmamızda menopozda olduğu için üzüntü duyanların suçluluk duygusunu fazla hissetmeleri kadınların menopoza bakış açılarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Menopozda hiçbir şey hissetmeyenlerin suçluluk algısının düşük olması beklenen bir sonuçtur. Menopoza girmeyele ilgili durumu eşine söylemekte çekinmek ile utanç faktörü arasında; menopoza girdiğini eşine söylemekte çekinen kadınların çekinmeyen kadınlara göre daha düşük utanç algısı geliştirdikleri gözlenmiştir($p<0,05$). Çalışmada eşine söylemeye çekinmeyen kadınların daha fazla utanç duygusu yaşadıkları belirlenmiştir. Bu durumun eşlerden alınan tepkiye bağlı olduğu düşünülmekte, kadınların rahatça söyledikleri bu duruma beklenmedik tepkiyle karşılaşınca kapıldıkları söylenebilir. Eşine söylemeye çekinenlerin bekledikleri tepki benzer olduğundan daha az utanç duygusu geliştirdikleri düşünülmektedir. Menopozun kadının kısır olup olmamasını düşünme ile suçluluk faktörü arasında menopoz kadının kısır olmasıdır diyen grubun hayır diyen gruba göre daha

yüksek algılanan suçluluk duygusu göstermişlerdir($p<0,05$). Araştırmada katılanların menopoza kısırlık olarak tanımlayanların sayısının fazla olduğu ve katılanların dörtte üçünün yaşayan çocuk sayısının dörtten fazla olduğu bulunmuştur. Bu durum çocuk yapmanın kadınsal güç olduğuna inanan bir grup olduğunu düşündürmekte ve buna bağlı olarak suçluluk duygusunu yüksek yaşamlarına neden olmakta olduğu söylenebilir. Erkek istediği sürece kadın çocuk yapmalı mıdır ile suçluluk faktörü arasında Evet diyen grubun Hayır diyen gruba göre daha yüksek suçluluk algısı geliştirdikleri gözlenmiştir($p<0,05$). Çalışmaya katılanların çoğunluğunun çocuk sayısının dörtten fazla olması ve kadınların menopoza bakışlarını inceleyen sorularda menopozun cinsellikle bağdaştırılması aynı zamanda araştırmanın aile içinde erkeklerin baskın olduğu bir toplulukta yapılmasından dolayı kadınların daha yüksek suçluluk gösterdikleri düşünülmektedir.

Tablo 24’de menopozda çarpıntı şikâyetiyle doktora başvurmayan kadınların başvurana göre daha yüksek suçluluk duygusu geliştirdikleri ve uykusuzluk şikâyetiyle başvurmayan kadınların başvuran kadınlara göre daha yüksek suçluluk ve utanç gösterdikleri tespit edilmiştir($p<0,05$). Menopoz döneminde psikolojik sorunlardan dolayı doktora başvurmayan kadınların başvurana göre daha yüksek utanç duygusu gösterdikleri tespit edilmiştir($p<0,05$). Çalışmada fiziksel ve psikolojik sıkıntı yaşayan kadınların doktora başvurmayanların başvurana göre daha yüksek suçluluk gösterdikleri bulunmuştur. Sıkıntıları olmasına rağmen doktora başvurmayanların yaşadıkları suçluluk duygusundan kaynaklandığı ve daha yüksek çıktığı düşünülmektedir. Aynı zamanda doktora başvurmamadan dolayı geçmeyen sıkıntılar sosyal yaşamlarını etkilemesinden dolayı suçluluk algısı gelişebileceği de varsayılabilir.

Tablo 25’de menopoza yönelik bilgiye sahip olmanın algılanan suçluluğu anlamlı şekilde etkilediği saptanmıştır($p<0,05$). Araştırmada menopozla ilgili bilgiye sahibim diyenler bilgiye sahip değilim diyenlerden daha fazla suçluluk göstermektedir. Eğitimin suçluluk duygusu üzerinde azaltıcı etkisi olacağı düşünülmektedir. Çalışmada bu durumun tam tersini ifade eden bir sonuç bulunmuştur, beklenen bir sonuç değildir.

Tablo 26’da menopozun kötü durum olması düşüncesinin hissedilen suçluluk duygusunu anlamlı derecede etkilediği tespit edilmiştir($p<0,001$). Çalışmada menopoz kötü bir durum diyenlerin kısmen kötü diyenlerden daha yüksek suçluluk gösterdikleri bulunmuştur. Menopozun kötü durum olduğunu düşünenlerin kendilerinden dolayı yaşadıklarından kaynaklandığı söylenebilir. Kadınların kişileştirdikleri bu durumdan dolayı suçluluk duygusuna kapıldıkları düşünülmektedir.

Tablo 27’de menopoz döneminde kendini mutsuz hissetme, ağlamaklı olma, hemen ağlama, hiçbir şey yapmak istememe gibi depresif duygular hissetmenin suçluluk ve utanç algısını anlamlı derecede etkilemektedir($p<0,001$). Çalışmada depresif duygular hissedenler kısmen hissedenlere göre daha yüksek suçluluk ve utanç duydukları bulunmuştur. Freud(12) psikanalitik kuramlar çerçevesinde üretkenlik kaybı, yaş, elem tepkisi ve melankoli arasında

bağlantı kurar ve menopozal depresyonun psikogenezinde feminite kaybının esas olduğunu belirtir. Suçluluk ve utanç duymanın da feminite kaybına bağlı depresif duygular hissetmeden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 28’de menopozun cinsel yaşamı etkilediğinin düşünülmesiyle hissedilen suçluluk duygusunu anlamlı derecede etkilediği tespit edilmiştir($p<0,05$). Araştırmamızda cinsel yaşamının etkilendiğini düşünenlerin kısmen etkilendiğini düşünenlerden daha fazla yüksek suçluluk hissettikleri bulunmuştur. Menopoza girdikten sonra eşini cinsel olarak tatmin etme düşüncesiyle hissedilen suçluluk duygusunu anlamlı derecede etkilediği tespit edilmiştir($p<0,001$). Araştırmamızda bu soruyu boş bırakanların çok ve az tatmin olduğunu söyleyenlere göre daha yüksek suçluluk hissettikleri bulunmuştur. Aynı zamanda tatmin olmayanların az ve çok diyenlere göre daha yüksek suçluluk gösterdikleri bulunmuştur. Boş bırakanların suçluluk düzeylerinin yüksek çıkması kadınların cinsel yaşamlarında sıkıntı yaşadıklarını düşündürmektedir. Kapdağlı(108) 2009 Adana çalışmasında eşi ile ilişkilerinde problem yaşıyorsa, menopoz sonrası değişiklikleri gerekçe gösterecek ve bunu eşine karşı kullanarak seksüel ilişkiden kaçınacaktır. Postmenopozal dönemde kadının seksüel açıdan değeri, onun içinde yaşadığı topluma göre artar veya azalır. Entelektüel seviyenin yüksek olduğu, menopozla beraber yaşanan fizyolojik değişikliklerin ve vücut imajı bozukluklarının sonucu olarak, eksiklik duygusunun daha yoğun yaşandığı gelişmiş toplumlarda veya doğurganlığın çok önemsendiği toplumlarda kadın değerini kaybeder ve seksüel sorunlar yaşar. Buna karşın, daha ilkel toplumlarda postmenopozal dönemde sosyal statünün değişmesi, gebe kalma korkusunun ve çocuk bakma zorunluluğunun olmaması kadına sosyal olarak daha özgür ve seksüel olarak daha aktif olma olanağı sunar. Çalışmada kadınların cinsellikle doğurganlığı bağdaştırdıkları düşünülmekte aynı zamanda menopoz öncesi ve sonrasında da cinselliğin evlilik için önemli olduğu söylenebilir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmamızda, menopoza girmiş kadınların menopozda yaşadıkları, menopozun kadınlar üzerindeki suçluluk ve utanç yaratabilme etkisi ve yaşam kalitelerine yansımaları irdelenmiş aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Kadınların %46,6'sı 49-54 yaşında, %64,2'si Gaziantep doğumlu, %78,6'sı okur-yazar değil, hepsi ev hanımı, eşlerinin %41,8'i ilkokul mezunu %47,4'ü işçi, kadınların %66,8'i gelir-giderek, %35,4'ünün evi kira, %53,2'si eşi ve çocuklarıyla oturmakta, %16,8'i sigara kullanmakta,
- Kadınların %49,4'ü kronik hastalığa sahip olduğu; %29,4'ü hipertansiyon, %5,6'sı kalp rahatsızlığı, %4,6'sı diyabet ve %4'ü astım rahatsızlığı olduğu,
- Kadınların %54'ü aile içi kararlara kısmen katıldığı, %37,8'i eşinden kısmen şiddet gördüğünü, %87,8'i aile içindeki saygınlığının değişmediği, %85,6'sı eşinin menopozda olmalarından etkilenmediğini, %12,2'si olumsuz etkilendiğini, kadınların %81,2'si menopozdan sonra eşinin ilgi isteğinin %79'u sevgisinin azalmadığını belirtmişlerdir.
- Kadınlar menopoza girdiklerini eşlerine söylediklerinde %69,2'si 'bişey söylemedi', %26'sının eşi 'normal karşıladı' dedikleri tespit edilmiştir.
- Kadınların %67,4'ü görücü usulü evlendiği, %51'i 13-15 yaş arasında ilk adetini gördüğü, %49,2'si son adetlerini 45-49 yaşlarında gördüğü, %56,6'sı 4-6 kez hamile kaldığı, %61,4'ü 4-6 çocuğa sahip, %60,4'ü 1-5 yıldır menopozda olduğu, %95,4'ü menopoz döneminde sıkıntı yaşadığını belirtmiş, %87,8'i fiziksel ve psikolojik, %32,2'si ateş basması, %42,6'sı gerginlik, %15,2'si uykusuzluk ve %7,2'si gerginlik ve hırçınlık yaşadıkları,
- Kadınların %55'i menopozu kadınlar için kötü bir durum, %45,4'ü hastalık, %56'sı kadının kısır olması, %79,6'sı menopoza erken/geç girmenin kadına bağlı olmadığını, kadınların %67'si mutsuzluk, üzüntü, hemen ağlama, hiçbir şey yapmak istememe gibi depresif duyguları kısmen hissettiği, %41,4'ü menopoza girdiklerinde hiçbir şey hissetmediğini, %26,6'sı üzüntü, %13'ü kaygı, %10,2'si üzüntü-kaygı hissettikleri, %74,6'sı menopoza girdiklerini eşlerine söylemeye çekinmedikleri, %53,6'sı menopoza girdiklerini ilk eşine söyledikleri,
- Kadınların %74,4'ü menopoz ile ilgili bilgi aldıkları, bilgi alanların %16,6'sı komşusundan, %9'unun sadece sağlık personelinden bilgi aldıkları, %65,4'ü menopoz bilgisine kısmen sahip,
- Kadınların %79,4'ü menopozda tedavi almadıkları, tedavi alanların %10,6'sı ilaç, %10'u alternatif yöntemleri kullandıkları, %94'ü menopozda depresyon ilacı kullanmadığını, %76,2'si menopozda doktora gitmediğini, doktora gidenlerin %6'sı adet gecikmesi için, %5,2'si ateş basması, %2,2'si çarpıntı, %2,2'si uykusuzluk ve %2'si terleme şikâyetiyle doktora gittiği,
- Menopozda kadınların %29,6'sı cinsel yaşamlarının etkilendiği, %46'sı eşlerinin cinsel olarak az tatmin olduğu,

- Kadınların %82,8'i çocuk yapma yeteneğini sürdürmesi gurur verici olduğunu, %73,2'si erkek istediği sürece çocuk yapmaya 'hayır' dediğini, eşinin çocuk sahibi olmak için başka kadınla evlenmesine %92,8'i haklı değil dediği saptanmıştır.
- Evlenme şeklinin menopoza kadınların aile içindeki saygınlıklarını etkilenmediği tespit edilmiştir.
- Eşinden şiddet görmeyen kadınların menopozu kötü bir durum, kısmen şiddet görenlerin ise menopozu kısmen kötü durum olarak değerlendirdiği tespit edilmiştir.
- Menopoz hakkında çoğunluğu oluşturan kısmen bilgiye sahip olan kadınların menopozu kötü bir durum olarak değerlendirdiği tespit edilmiştir.
- Kadınların menopoza girdiklerini bu durumu ilk eş ve komşularıyla paylaşanların menopozu kötü bir durum olarak algıladığı, komşu ve sağlık personelinin bilgi almayan kadınların alanlara göre suçluluk algısı geliştirdikleri saptanmıştır.
- Psikolojik ve fiziksel sıkıntı yaşamayan kadınların yaşayanlara göre daha yüksek suçluluk ve utanç yaşadıkları tespit edilmiştir. Gece terlemesi ve çarpıntının kadınların suçluluk algısı üzerinde bir etkiye sahip olmadığı, karakter değişikliği yaşayanların yaşamayanlara göre daha yüksek suçluluk ve utanç yaşadıkları saptanmıştır.
- Menopozda olduğunu eşine söylemeye çekinmeyen kadınların daha fazla utanç duygusu yaşadıkları belirlenmiştir.
- Menopozu kötü durum olarak nitelendirenlerin kısmen kötü diyenlerden daha yüksek suçluluk gösterdikleri saptanmıştır.
- Aile içinde kararlara katılma, şiddet görme, bilgiye sahip olma, ilk paylaştığı kişi ile menopozu kötü durum olarak görme arasında; eşin sevgisinin azalması, çocuk yapmanın gurur verici olması, erkek istediği sürece kadın çocuk yapmalı ve eşin başka kadınla evlenmesi ile menopoza girmenin kadına bağlı olması arasında; aile içindeki saygınlıkla menopozun kadına bağlı olması; arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0,05$).
- Komşudan ve sağlık personelinin bilgi alma, sıkıntı yaşama, gece terlemesi, çarpıntı, karakter değişiklikleri, uykusuzluk, depresif duygular hissetme, cinsel yaşamın etkilenmesi, cinsel tatmin olma, bilgiye sahip olma, menopoza olmaktan üzüntü duyma, hiçbirşey hissetmeme, kısır olduğunu düşünme, erkek istediği sürece çocuk yapma düşüncesi ve kötü durum olarak algılama; suçluluk duygusunu anlamlı derecede etkilemiştir($p<0,05$).
- Depresif duygular hissetme, uykusuzluk, psikolojik sorunlar yaşama, karakter değişiklikleri, menopoza sıkıntı yaşama ve menopoza olduğunu eşine söylemeye çekinme utanç duygusunu anlamlı derecede etkilemiştir($p<0,05$).

ÖNERİLER

Kadınların bu dönemi daha rahat ve sorunsuz geçirebilmesini sağlamak amacıyla, eşin, çocukların, sağlık çalışanlarının ve tüm toplumun desteğine ihtiyaçları vardır. Yapılan araştırma sonuçlarına dayanarak aşağıdaki öneriler elde edilmiştir.

- Menopozla ilgili çalışmamızda bu dönemi eşlerin %26'sının normal karşıladığı görülmektedir. Eşlerin menopozu algılaması bu sorunu yaşayan kadına verecekleri desteği olumlu olumsuz etkileyecektir. Eşlere ve kadınlara menopozun yaşamın doğal bir parçası olarak algılamalarına yardımcı olunmalıdır. Menopoz dönemine yönelik kadınların, eşlerin ve toplumun bilinçlendirilmesi oldukça önemlidir.
- Menopozda olan kadınların yaşam kaliteleri puan ortalamaları 10.89 düzeyinde belirlenmiştir. Kadınların menopozda yaşam kalitelerinin korunması önemli hedeflerden biridir. Menopozdaki kadınların yaşam kalitelerinin daha yüksek düzeylere ulaştırılabilmesi için sağlık profesyonellerinin menopozda yaşanan sorunlarla ilişkili konularda destek olabilmeleri sağlanmalıdır.
- Çalışmamızda kadınların menopozla ilgili bilgiye sahip olanların ve tedavi alanların sayısının az olduğu saptanmıştır. Buna bağlı hemşireler, kadınların menopoz döneminin özellikleri ve tedavi yöntemlerine ilişkin eğitimlere önem vermelidir. Menopozdaki kadında bireysel bakım için menopoz klinikleri çoğaltılmalı, bu kliniklerde hemşirelerin menopoz konusunda donanımlı olmaları sağlanmalıdır.
- Kadınların büyük kısmının menopozda fiziksel ve psikolojik sıkıntıyı birlikte yaşadıkları görülmektedir. Bu yönde sadece kadınları değil, tüm toplumu menopoz ve kadın yaşamına etkisi konusunda eğitmeli, kitle iletişim araçlarının bu konuda duyarlı olmaları sağlanmalıdır.
- Kadınların menopozu kısırlık, hastalık, kötü bir durum olarak nitelendirenlerin sayısı fazladır. Kadınların menopoz algısını değiştirmek için eğitimler verilmelidir.
- Menopozdaki kadınların suçluluk ve utanç duygularını yaşam kalitesi alt grupları ile anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla menopozun suçluluk ve utanç duyulacak bir durum olmadığı yönünde bilgilendirilmelidir.
- Literatür tarandığında menopozun psikolojik boyutuyla ilişkili araştırmaların az oluşu dikkat çekmektedir. Bu yönde çalışmaların sayısının artırılması yararlı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Sis Çelik A., Pasinlioğlu T. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014. s: 16-29.
2. Kadayıfçı O. Klimakterium, premenopoz, menopoz, postmenopoz, senium, ikinci bahar. İstanbul: Nobel tıp kitapevleri, 2006: s. 26-32.
3. Şen E., Sevil Ü. Menapoz Semptomlarında Ta-mamlayıcı Tedaviler. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008: cilt: 16(62): s. 136-142.
4. Özcan H., Oskay Ü. Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. Göztepe Tıp Dergisi, 2013, cilt: 28(4): s. 157-163, doi:10.5222/J.GOZTEPETRH.2013.157.
5. Bayraktar R., Uçanok Z., Menopoza İlişkin Yaklaşımların Ve Kültürlerarası Çalışmaların Gözden Geçirilmesi. Aile ve Toplum, 2002), Yıl: 5 Cilt: 2 Sayı: 5 Nisan-Haziran, ISSN: 1303-0256.
6. Ertem, G. Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2010: 7(1): s. 469–483.
7. Tokuç B., Kaplan P.B., Balık G.Ö., Gül H. Trakya Üniversitesi hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2006: 3(4): s. 281–287.
8. Tortumluoğlu G. Asyalı ve Türk kadınlarında menopoz. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2004. [www.InsanBilimleri.com].
9. Öztürk S., Bayık Temel A., Ergül Ş. Kadınların ve erkeklerin menopoza ilişkin görüşleri. Aile ve Toplum, 2008, Yıl: 10 Cilt: 4 Sayı: 14 Nisan-Mayıs-Haziran, ISSN: 1303-0256.
10. Özcan H, Beji Kızılkaya N. Menopoz Döneminde Cinsellik, Kadın Cinsel Sağlığı, Derleme, 2014.
11. Chedraui, P., Perez-Lopez, F.R., Morales, B., Hidalgo, L. Depressive symptoms in climacteric women are related to menopausal symptom intensity and partner factors. Climacteric, 2009: 12, p. 395–403.
12. Evlice, Y.E., Tamam, L., Karataş, G. Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002, cilt 3, s. 108–112.
13. Solmuş, T. Kadınlığın "kırılma noktaları" ve psikolojik etkileri I: Menstrüasyon ve menopoz. www.tariksolmus.org. (Erişim tarihi. 11-04-2014).
14. Ertekin Pınar, Ş., Yıldırım, G., Duran Aksoy, Ö., & Cesur, B. A problem peculiar to women: Mental health in menopause. International Journal of Human Sciences, 2015: 12(2), 787-798. doi:10.14687/ijhs.v12i2.2971.
15. Kaur S, Walia I, Singh A. How menopause affects the lives of women in suburban Chandigarh, India. Climacteric, 2004: 7: p. 175-180.

16. Varma G.S., Oğuzhanoglu N.K., Karadağ F., Özdel O., Amuk T. Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2005, cilt: 8, s. 109–115.
17. Yang D., Haines C.J., Pan P. Menopausal symptoms in mid-life women in Southern China. *Climacteric*, 2008: 11, p. 329–336.
18. Alpay N., Kıvanç Z.E., Ulaşoğlu C. Menopoz dönemindeki kadınlarda hormon profilinin depresif belirtiler ile ilişkisi. *Düşünen Adam the Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2013: 26, p. 171–176.
19. Llaneza P., García-Portilla M.P., Llaneza-Suárez D., Armott B., Pérez-López F.R. Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas*, 2012: 71, p. 120–130.
20. Özer M. Suçluluk-Utanç, Bağlanma, Algılanan Ebeveynlik (Anne) Tarzı ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkiler. 2011, Kara Harp Okulu, Savunma Bilimleri Enstitüsü, Güvenlik Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 132 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin).
21. ORTH, Ulrich, Richard W.ROBINS ve Christopher J.SOTO. Tracking the Trajectory of Shame, Guilt and Pride Across the Life Span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2010: 99 (6), p. 1061-1071.
22. KARATAŞ Z. Lise Öğrencilerinin Suçluluk ve Utanç Puanlarının Disiplin Cezası Alıp Almama ve Cinsiyetleri Açısından İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2008, Cilt 4, Sayı 2, Aralık, s. 103-114.
23. Yanikkerem E, Oruç Koltan S, Göker Tamay A, Dikayak S. Relationship between women' s attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric*, 2012: 15: p. 552-62.
24. Thomas SE. Menopause knowledge and attitudes of English speaking Caribbean women: implication for health education. *Californian J Health Promotion*, 2005: 3:167-76.
25. Erdem Çetin Ö., Eroğlu K., Menapoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Başetme Yolları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2015: 8 (4), 219-225. [<http://www.deuhyoedergi.org>].
26. Koyun, A., Taşkın, L., Terzioğlu, F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2011: 3(1), s. 67–99.
27. Rahman S., Salehin F., Iqbal A. Menopausal Symptoms Assessment Among Middle Age Women In Kustia, Bangladesh. *BMC Research Notes*, 2011: 15;4(1): p. 188.
28. Çoban A., Nehir S., Demirci H., Özbaşaran F., İnceboz Ü. Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopozla ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2008: 22(6), s. 343–349.
29. Yurdakul M., Eker A., Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2007: 21 (5), s. 187–193.

30. Yetim Z. Deneysel Diyabetin Postmenopozal Dönemdeki Ratların Tiroid Bezi Üzerindeki Etkilerinin Belirlenmesi: Histopatolojik, Sterolojik İnceleme, 2014, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 55 sayfa, Erzurum, (Doç. Dr. Deniz Ünal).
31. Ertem K.G., Sirin A. Menopoz Polikliniğine Başvuran Kadınların Menopoz İlişkin Yakınlıklarına Verilen Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, Antalya, 2000: s:256-259.
32. Özgür G., Yıldırım S., Komutan A., Menopoz Sonrası Kadınların Öz Bakım Gücü Ve Etki Eden Faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010: 13: 1.
33. Leplège A., Dennerstein L. Menopause and quality of life. Quality of Life Research, 2000: 9: p. 689–692.
34. Best K. The many meanings of menopause. Network Family Health International, 2002: 22 (1), p. 30-31.
35. Bowles C. Measure of attitude toward menopause using the semantic differential model. Nursing Research, 1986: 35(2); p. 81-85.
36. Aaron R., Muliyl J., Abraham S. Medico-social dimensions of menopause: A cross-sectional study from rural South India. The National Medical Journal of India, 2002: 15(1), p. 14–17.
37. Bezircioğlu İ., Gülseren L., Öñiz A., Kındıroğlu N. Menopoz öncesi ve sonrası dönemde depresyon-anksiyete ve yetiyitimi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2004: 15(3), s. 199-207.
38. Topçuoğlu A., Koç Ö., Duran B., Dönmez M. Cerrahi ve doğal yolla menopoz giren kadınların anksiyete ve depresyon açısından karşılaştırılması. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 2009: 43(2), s. 89–92.
39. Kalarhodi M.A., Taebi M., Sadat Z., Saberi F. Assessment of quality of life in menopausal periods: A population study in Kashan, Iran. Iran Red Crescent Med J, 2011: 13(11), p. 811–817.
40. Minuzzi L., Frey B.N., Soares C.N. Depression during the menopausal transition: An update on epidemiology and biological treatments. FOCUS The Journal of Life long Learning in Psychiatry, 2012: 10 (1), p. 22–27.
41. Soares C.N. Can depression be a menopause-associated risk? BMC Medicine, 2010, 8: 79.
42. Karlıdere T., Özşahin A. Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. Klinik Psikiyatri, 2008: 11, s. 159–166.
43. Veras A.B., Rassi A., Valença A.M., Nardi A.E. Prevalence of depressive and anxiety disorders in a Brazilian out patient sample of menopausal women. Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul, 2006: 28(2), p. 130–134.
44. García-Portilla, M.P. Depression and perimenopause: A review. Actas Esp Psiquiatr, 2009: 37(4), p. 213–221.

45. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Akademisyen Kitabevi, 13. Basım, Ankara, 2016.
46. Tortumluoğlu G. Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum ve Sağlık Davranışlarına Etkisi. 2003, Atatürk Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum, (Yrd. Doç. Dr. Behice Erci).
47. Aydoğdu N. Postmenopozdaki Kadınlarda Düşük Dozlu Hormon Replasman Tedavisi ve Raloksifen'in Kan Biyokimyası ve Kupperman İndeksi Üzerine Etkileri. 2005, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, 45 sayfa, İstanbul, (Op. Dr. Yasemin Karageyim Karşıdağ).
48. Özgür N. Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları. 2007, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
49. Hotun Şahin N., Coşkun A. The menopausal age, related factors and climacteric, complaints in Turkish women. Revista Referenc'a, 2007, 4: p. 91-9.
50. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2008, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2008.s. 117.
51. Yaşın Dökmen Z. Menopoz, beden imgesi ve ruh sağlığı. Türk Psikoloji Yazıları, 2009: 12 (24), s. 41-55.
52. Yılmaz H., Yeniçel Ö., Bilgin O., Dinçer Ö. Adneksler korunarak histerektomi yapılan hastalarda over fonksiyonları. Ege Tıp Dergisi, 2002: 41 (1), s. 11-14.
53. Altunbay D., Yurdakul M. Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal yakınmaları ve baş etme yöntemleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2009: 25 (2), s. 43-60.
54. Avcı S., Yıldız A. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Menopoz Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013, İstanbul.
55. Topçuoğlu D, Topçuoğlu MA. Menopozda Cinsel Yaşamın Organik ve Psikolojik Yönü. Haseki Tıp Bülteni, 2004, 42(3): s. 177-182.
56. Gharaibeh M., Al-Obeisat S., Hattab J. Severity of menopausal symptoms of Jordanian Women, 2010; 13(4): p. 385-394.
57. Bayraktar Görgel E., Çakıroğlu F. P. Menopoz Döneminde Kadın, Ankara Üniversitesi Basımevi, ISBN: 978-975-01761-1-1, Ankara, 2007.
58. Atasü T. Menopoz Tedavisi ve Kanseri, Nobel Kitapevi, Tayf Matbaacılık, İstanbul, 2001.
59. Arslan H., Altınsoy N. Klimakterik Dönemde Vazomotor Bozukluklar ve Cinsel İşlevleri İle İlgili Yakınmalarda Hemşirelik Danışmanlığının Etkisi. Androloji Bülteni, 2004; 19: s. 360-363.
60. Sis Çelik A., Pasinlioğlu T. Sıcak Basması İnanç Ölçeği' nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, ISSN: 2148-7588, 2015.

61. Yılmaz F. Cerrahi Menopoz Hastalarında Oral ve Transdermal Östrojen Tedavilerinin Cinsel Fonksiyonlar Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması. 2008, Şişli Eftal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi, 96 sayfa, İstanbul, (Şef Op. Dr. Nimet GÖKER).
62. The North American Menopause Society Menopause: Treatment of menopause-associated vasomotor symptoms. *Menopause* 2011;11(1):11-33.
63. Elavsky S, McAuley E. Physical Activity, Symptoms, Esteem, and Life Satisfaction During Menopause. *Maturitas*, 2005; 52: p. 374-385, <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2004.07.014>.
64. Karadağ M. Uyku bozuklukları sınıflaması. *Akciğer Arşivi*, 2007; 8: s. 88-91.
65. Timur S., Hotun Şahin N. Menopoz ve Uyku, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:3,Sayı:3, İstanbul, 2010.
66. Timur S., ve Şahin N.H. Effects of sleep disturbance on the quality of life of Turkish menopausal women: A population-based study. *Maturitas*, 2009; 64: p. 177-181.
67. Terauchi M., Obayashi S., Akiyoshi M., Kato K., Eatsushima E., Kubota T. Insomnia in Japanese peri- and postmenopausal women. *Climacteric*, 2010; 13(5): p. 479-486. <http://dx.doi.org/10.3109/13697130903353478>.
68. Oliveria DS., Hachul H., Goto V., Tufik S., Bittencourt RA. Effect of therapeutic massage on insomnia and climacteric symptoms in postmenopausal women. *Climacteric*, 2012; 15(1):21-29. <http://dx.doi.org/10.3109/13697137.2011.587557>.
69. Hachul H., Garcia TKP., Maciel AL., Yagihara F., Tufik S. and Bittencourt L. Acupuncture improves sleep in postmenopause in a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Climacterium*, 2013; 16(1): p. 36-40. <http://dx.doi.org/10.3109/13697137.2012.698432>.
70. Tıraş B., Kurdoğlu M. Postmenopozal Hormon Replasman Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Sted*, 2004; 13(9): p. 332-334.
71. Cramer H., Lauche R., Langhorst J., Dobos G. Effectiveness of Yoga for Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012; 11.
72. Aslan Erdoğan Ç. Cerrahi Menopozun Metabolik Parametreler (İnsülin Direnci, Lipid Profili ve Karaciğer Enzimleri) Üzerine Etkileri, 2009, Dr. Lütüf Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi, 61 sayfa, İstanbul, (Op. Dr. Meltem PİRİMOĞLU).
73. İntepe İ.H. Premenopozal ve Postmenopozal Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri, 2007, Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 96 sayfa, İstanbul, (Uzm. Dr. Sami HATİPOĞLU, Doç. Dr. Kadir SAVAN).

74. Atagün M.İ., Atmaca B., Özer F., Özben S., Tıraş R., Çetin S., Genç MF. Determinants of sexual dysfunction in male and female patients with parkinson's disease. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2013; 26: p. 28-35.
75. Peykerli G., Ekşi A., Ertem Vehit H. Bir grup Türk kadınının menopozla ilgili duygu ve düşünceleri. Atasü T (Ed.) *Menopoz-Tedavisi ve Kanseri*, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001, s. 35-46.
76. Özkan S., Alataş ES., Zencir M. Women's quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods. *Qual Life Res.* 2005;14(8): p. 1795-801.
77. Sindel D., Gula G. Osteoporozda Kemik Mineral Yoğunluğunun Değerlendirilmesi. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 2015; 21: p. 23-9.
78. Kutlu R., Çivi S., Pamuk G. Postmenozal Kadınlarda Osteoporoz Sıklığı ve FRAXTM Skalası Kullanılarak 10 Yıllık Kırık Riskinin Hesaplanması. *Türk Fiz Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 2012; 58: s. 126-35. <http://dx.doi.org/10.4274/tftr.00922>.
79. Tural Ş., Kara N., Alaylı G. Osteoporoz Genetiği, *Türk Osteoporoz Dergisi* 2011;17: s. 100-9.
80. Akkaya N., Akkaya S., Yıldız N., Şimşir Atalay N., Şahin F. Menopoz sonrası osteoporotik ve osteopenik hastaların kalsiyum ve vitamin D tedavisine uyumu. *Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eklem Hastalık Cerrahisi, Denizli*; 2010: 21(3): s. 130-135.
81. Akman L., Ulukuş M., Duygu H., Ulukuş M., Özerkan F., Akın M. Farklı Hormon Replasman Tedavi şekillerinin Postmenopozal Kadınlarda Serum Lipid Lipoprotein Düzeyleri ve Enflamasyon Belirteçleri Üzerine Etkileri. *J Turkish-German Gynecol Assoc*, Vol. 9(2); 2008.
82. Yıldız C., Yıldız A., Tekiner F. Premenopozal ve postmenopozal kadınlarda lipit profili ve plazma aterojenik indeksinin karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 2015; 42(1): s. 36-40.
83. Tortumluoğlu G., Pasinlioğlu T. Klimakterik Yakınması Olan Kadınların Alternatif Tedavi Yöntemlerini Uygulama Durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Erzurum, 2003.Cilt:6, Sayı: 3.
84. Yücesoy İ., Çakıroğlu Y. Menopoz ve Postmenopoz. *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. Ed: Çiçek N., Mungan T., Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2007.
85. Şen E., Saruhan A. Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisi İle İlgili Kanıta Dayalı Çalışmalar. *Aile ve Toplum*, 2010, Yıl: 11 Cilt: 5 Sayı: 20 Ocak-Şubat-Mart, ISSN: 1303-0256.
86. UÇ D. Menopoz dönemindeki kronik periodontitisli bireylerde dişeti oluğu sıvısındaki osteoprotegerin düzeylerinin periodontal tedavi öncesi ve sonrası değerlendirilmesi. 2009, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
87. Üçkuyu A. Menopozun ve hormon replasman tedavisinin endometriumda estrojen ve progesteron reseptörleri ile Bcl-2 ve Cmyc Proto-onkogen proteinlerine etkilerinin

- immünohistokimyasal yöntemle incelenmesi. 2000, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.
88. Kıvanç Z. E. Menopozun Depresyon ve Anksiyete ile olan ilişkisi. 2009, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 86 sayfa, İstanbul, (Uzm. Dr. Nihat ALPAY).
89. Kızılırmak A., Seviğ Ü. Bir Sağlık Ocağına Kayıtlı 40-59 Yaş Grubu Kadınların Menopoz Yakınmaları ve Sağlık Kuruluşlarından Yararlanma Durumları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2011, cilt 20, sayı 4.
90. Erkin Ö., Ardahan M., Kert A. Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Gümüşhane, 2014; 3(4): s. 10-95.
91. Akbağ M., Erden İmamoğlu S. Cinsiyet ve Bağlanma Stilllerinin Utanç, Suçluluk ve Yalnızlık Duygularını Yordama Gücünün Araştırılması. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 2010; 10 (2), Bahar, s. 651-682.
92. Dinçer D. Üniversite Öğrencilerinin Utanç Kavramlarının İncelenmesi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2014, Cilt: 7 Sayı: 29, [www.sosyalarastirmalar.com]. Issn: 1307-9581.
93. Sıgır Ü., Tabak A., Sağır A. Çalışanlarda Suçluluk ve Utanç Duygusunun Cinsiyet, Yaş Durumuna Göre Mukayesesi ve Örgütlerde Utanç Yönetiminin Kullanılması. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2010; Cilt 11, Sayı 1.
94. Zarem, Sara. A homage to Helen Block Lewis. Shame Symposium, 2006, <http://internationalpsychoanalysis.net/wp-content/uploads/2007/07/zarempaper.pdf> (Erişim: 21.01.2012.)
95. Öztürk Ö. İstanbul H Tipi Cezaevinde Kalan Ergenlerde Suçluluk – Utanç Duygusunun Değerlendirilmesi. 2005, Karaelmas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak: 17-23.
96. Amber M. P. Shame and Guilt: The Psychology of Sacramental Confession. The Humanistic Psychologist, 2007; Vol 35(2); p. 203–218.
97. Karataş Z. Lise Öğrencilerinin Suçluluk ve Utanç Puanlarının Disiplin Cezası Alıp Almama ve Cinsiyetleri Açısından İncelenmesi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Mersin, 2008; Cilt 4, Sayı 2, Aralık, s. 103-114.
98. TEKKANAT Ç. Öğretmenlik Bölümünde Okuyan Öğrencilerde Yaşam Kalitesi ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri. 2008, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sporda Psiko-Sosyal Alanlar Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Haziran, Denizli.
99. Şahin N. ve Şahin N. Adolescent Guilt, Shame and Depression inrelation to Sociotropy and Autonomy. World Congress of CognitiveTheraphy, Toronto, Canada, 1992; June, p. 17-21.

100. Fidaner H., Eser SY., Fidaner C., Elbi H. ve ark. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 1999; 3P, 7(Ek 2): p. 5-13.
101. Dinçer Ö. Namus ve Bekaret: Kuşaklar Arasında Değişen Ne? İki Kuşaktan Kadınların Cinsellik Algıları. 2007, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: 5-61.
102. Pala H.G., Acar B., Altunyurt S., Arık H. Postmenopozal sağlıklı kadınlarda kemik mineral yoğunluğu-tiroid stimulan hormon ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, İzmir, 2008; Cilt 22, Sayı 1, Nisan, s. 1-7.
103. Fakılı F. E. Menopoza Girmiş Kadınların Beslenme Durumları İle Fiziksel Aktivite Ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. 2013, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 179 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Mendane Saka).
104. Tunç N. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoz Dönemi İle İlgili Bilgi, Yakınma Ve Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi, 2014, Cumhuriyet Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Tez Danışmanı Özlem Duran).
105. Nehir S., Çoban A., Demirci H., Özbaşaran F., İnceboz Ü. Menopozal belirtilerin ve evlilik uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, Sivas, 2009; 31: s. 15-21.
106. Balık D. Menopozun Evlilik İlişkileri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. 2013, Ankara Üniversitesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Şengül HABLEMİTOĞLU).
107. Kavlak T. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Kaygı Düzeyleri Ve Cinsel Doyumun Saptanması. 2011, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Yrd. Doç. Dr. Filiz Hisar).
108. Kapdağlı D. Postmenopozal Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. 2009, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, (Prof. Dr. NAFİZ BOZDEMİR).
109. Kiroğlu F. G. Menopoz Döneminin Kadının Sosyal İlişkilerine Etkisi. 2005, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 139 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Aytül KASAPOĞLU).
110. Sis A. Menopoz dönemindeki kadınların menopozal yakınmalarının evlilik uyumuna etkisinin belirlenmesi. 2010, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, (Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU).
111. Bozkurt Demirel Ö. Sevil Ü. Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. 2004, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

112. Koç Z., Sağlam Z. Kilmakterium Döneminde Bulunan Kadınların Menopoza İlişkin Yaşadıkları Belirti ve Tutumların Belirlenmesi. Aile ve Toplum, 2008; Yıl: 10 Cilt: 4 Sayı: 15 Temmuz-Ağustos-Eylül, ISSN: 1303-0256.
113. Tot,Ş. Menopozun psikiyatrik yönleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2004; 5: s. 114-119 (<http://www.lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/derindex/apd/fulltext/2004/114.pdf>). (Erişim tarihi: 29/09/2007).
114. Şentürk Ş., Kara M. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Risk Faktörleri. Van Tıp Dergisi, 2010; Cilt:17, Sayı:1, Ocak.
115. Kaya ve ark. Postmenopozal Kanamalı Hastalarda Endometrial Kalınlığın Endometrial Maligniteyi Saptamadaki Öngörüsü. Haseki Tıp Bülteni 2014; 52: s. 164-7.
116. Oğurlu, N. Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Başetme Yöntemlerinin İncelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, 2008; s. 121.
117. ŞAHİN D. Cezaevindeki Şiddet Faileri Ve Sığınma Evinde Kalan Şiddet Mağdurlarının Şiddete Bakış Açıları İle Suçluluk Utanç Duygularının Değerlendirilmesi. 2013, İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

8. EKLER

EK-1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- Yaşınız ? (.....) Doğum Yeriniz ? (.....)
- Eğitiminiz ? A. İlkokul B. Ortaokul C. Lise D. Üniversite E. Okur-yazar F. Okur-yazar değil
- Eşinizin eğitimi ? A. İlkokul B. Ortaokul C. Lise D. Üniversite E. Okur-yazar F. Okur-yazar değil
- Mesleğiniz ? (.....) Eşinizin mesleği ? (.....)
- Gelir durumunuz nedir ? A. Gelir-gidere denk B. Gelir-giderden az C. Gelir-giderden fazla
- Oturduğunuz ev kira mı ? A. Evet B. Hayır
- Evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz ? A. Eşimle B. Eşim ve çocuklarla C. Çocuklarla D. Geniş aile
- Eşinizle nasıl evlendiniz ? A. Görücü usulü B. Kaçarak C. Severek D. Zorla
- Sigara kullanıyor musunuz ? A. Evet Evetse günlük kaç tane: B. Hayır
- Kronik bir rahatsızlığınız var mı ? A. Evet (.....) B. Hayır
- Ailede kararlara katılır mısınız ? A. Evet B. Hayır C. Kısmen
- Eşinizden hiç şiddet gördünüz mü ? A. Evet B. Hayır C. Kısmen
- İlk adetinizi kaç yaşında oldunuz ? (.....) Kaç defa gebe kaldınız ? (.....) Kaç çocuğa sahipsiniz ? (.....)
- Son adetinizi kaç yaşında oldunuz ? (.....) Kaç yıldır menopozdasınız ? (.....)
- Menopozla yönelik bilgiye sahip misiniz ? A. Evet B. Hayır C. Kısmen
- Menopoz döneminde sıkıntı yaşadınız mı ? A. Evet a. Fiziksel b. Psikolojik c. Fiziksel ve psikolojik B. Hayır
- Menopozla girdikten sonra aile içerisindeki saygınlığınız nasıl etkilendi ? A. Arttı B. Azaldı C. Değişmedi
- Menopoz döneminde hangi fiziksel belirtileri yaşadınız ? A. Ateş basmaları B. Gece terlemeleri C. Çarpıntı D. Baş dönmesi E. Yüzde ve boyunda kızarıklık F. Diğer
- Menopoz döneminde hangi psikolojik belirtileri yaşadınız ? A. Gerginlik B. Hırçınlık C. Depresyon D. Karakter değişiklikleri E. Uykusuzluk F. Dikkatte azalma G. Diğer
- Menopoz döneminde kendinizi mutsuz hissetme, üzüntülü olma, hemen ağlama, hiçbir şey yapmak istememe gibi depresif duygular hissediyor muydunuz ? A. Evet B. Hayır C. Kısmen
- Menopozla girmek kadın için kötü bir durum mudur ? A. Evet B. Hayır C. Kısmen
- Menopoz bir hastalık mıdır ? A. Evet B. Hayır C. Kısmen
- Menopozla ilgili bilgi aldınız mı ? A. Evet kim? a. Komşu b. Akraba c. Sağlık Personeli d. Çocuklar B. Hayır
- Menopozda tedavi aldınız mı ? A. Evet hangisi: a. İlaç b. Alternatif yöntemler B. Hayır
- Menopozla girdiğinizde eşiniz bu durumdan nasıl etkilendi ? A. Olumlu B. Olumsuz C. Etkilenmedi
- Menopozla girdikten sonra hiç depresyon ilacı kullandınız mı ? A. Evet B. Hayır
- Menopozdan sonra eşinizin size karşı ilgisi ve isteği azaldı mı ? A. Evet B. Hayır C. Kısmen
- Menopozla girdiğinizde ne hissettiniz? A. Üzüntü B. Kaygı C. Hiçbirşey D. Korku E. Diğer.....
- Menopozla girdiğinizi eşinize söylemeye çekindiniz mi ? A. Evet B. Hayır
- Menopozla girdiğinizi eşinize söylediğinizde nasıl tepki verdi ? (.....)
- Menopozla girdiğinizi ilk kime söylediniz ? A. Komşu B. Kardeş C. Eş D. Çocuklar E. Diğer.....
- Menopozla girdikten sonra eşinizin size karşı sevgisi azaldı mı ? A. Evet B. Hayır C. Kısmen
- Menopoz kadının kısır olması mıdır ? A. Evet B. Hayır
- Menopozla erken yada geç yaşta girmek kadına bağlı mıdır ? A. Evet B. Hayır C. Kısmen
- Menopozla girdikten sonra doktora gittiniz mi ? A. Evet B. Hayır
- Evetseniz doktora hangi şikayetlerden dolayı başvurduunuz ? (.....)
- Menopozda olmanız cinsel yaşamınızı etkiledi mi ? A. Evet B. Hayır C. Kısmen
- Menopozla girdikten sonra eşinizi cinsel olarak ne kadar tatmin oluyorsunuz? A. Çok B. Az C. Tatmin olmuyor
- Kadının çocuk yapma yeteneğini sürdürebilmesi onun için gurur vericidir ? A. Evet B. Hayır C. Kısmen
- Erkek istediği sürece kadın çocuk yapmalı mıdır ? A. Evet B. Hayır
- Eşiniz çocuk sahibi olmak için başka bir kadınla evlenmek isterse haklı mıdır ? A. Evet B. Hayır C. Kısmen

EK-2

SUÇLULUK-UTANÇ ÖLÇEĞİ (SUTÖ)

Bu ölçeğin amacı bazı duyguların hangi durumlarda ne derece yoğun yaşandığını belirlemektir. Aşağıda bazı olaylar verilmiştir. Bu olaylar sizin başınızdan geçmiş olsaydı, ne kadar rahatsızlık duyuyordunuz. Lütfen her durumu dikkatle okuyup öyle bir durumda ne kadar rahatsızlık duyacağınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki sayıların üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz.

1.Hiç rahatsızlık duymazdım 2. Biraz rahatsızlık duyardım 3.Oldukça rahatsızlık duyardım 4.Epey rahatsızlık duyardım 5.Çok rahatsızlık duyardım.

	Sizi ne kadar rahatsız ederdi?				
	Hiç				Çok
1. Bir tartışma sırasında büyük bir hareketle savunduğunuz bir fikrin yanlış olduğunu öğrenmek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Evinizin çok dağınık olduğu bir sırada beklenmeyen bazı misafirlerin gelmesi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Birinin size verdiği bir sırrı istemeyerek başkalarına açıklamak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Karşı cinsten birinin kalabalık bir yerde herkesin dikkatini çekecek şekilde size açıkça ilgi göstermesi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Giysinizin, vücudunuzda kapalı tuttuğunuz bir yeri açığa çıkaracak şekilde buruşması ya da kıvrılması.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Bir aşk ilişkisi içinde sadece kendi isteklerinizi elde etmeye çalıştığınızı ve karşı tarafı sömürdüğünüzü fark etmeniz.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Sorumlusu siz olduğunuz halde bir kusur ya da bir yanlış için bir başkasının suçlanmasına seyirci kalmak.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Uzman olmanız gereken bir konuda, bir konuşma yaptıktan sonra dinleyicilerin sizin söylediğinizin yanlış olduğunu göstermesi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Çok işlek bir iş merkezinin bulunduğu bir köşede herkesin size bakmasına sebep olacak bir olay yaşamak.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Lüks bir restoranda başkaları size bakarken çatal bıçak kullanmanız gereken yerde elle yemek yediğiniz fark etmek.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Başkalarını aldatarak ve onları sömürerek büyük kazanç sağlamak.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. İşçilerinizin sağlığına zarar vereceğini bildiğiniz halde, bir yönetici olarak çalışma koşullarında bir değişiklik yapmamak.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Sözlü bir sınav sırasında kekeleydiğiniz ve heyecandan şaşırduğunuzda hocanın sizin bu halinizi kötü bir sınav örneği olarak bütün sınıfa göstermesi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Tamdığınız birinin sıkıntıda olduğunu bildiğiniz ve yardım edebileceğiniz halde yardım etmemek.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Bir partide yeni tanıştığınız insanlarla açık saçık bir fikra anlattığınızda birçoğunun bundan rahatsız olması.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Aklınızca, bencilce ya da gereksizce büyük bir harcama yaptıktan sonra ebeveyninizin mali bir sıkıntı içinde olduklarını öğrenmek.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Arkadaşınızdan bir şeyler çaldığınız halde arkadaşınızın hırsızlık yapanın siz olduğunu hiçbir zaman anlamaması.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Bir davette ya da toplantıya rahat, gündelik giysilerle gidip herkesin resmi giyindiğini görmek	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Bir yemek davetinde bir tabak dolusu yiyeceği yere düşürmek.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Herkesten sakladığımız ve hoş olmayan bir davranışın açığa çıkarılması.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Bir kişiye hak etmediği halde zarar vermek.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Alış-veriş sırasında paranızın üstünü fazla verdikleri halde sesinizi çıkarmak.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Ailenizin sizden belediklerini yerine getirememek.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Çeşitli bahaneler bularak yapmanız gereken işlerden kaçmak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK-3

WHOQOL-BREF(TR) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Lütfen kurallarımızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanız istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksininiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığımız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksininiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız. ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi , ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut , ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
7F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
10F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11F17.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?					
12F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?					
13F20.1	Günlük yaşamınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?					
14F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?					

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi , ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut , ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16F3.3	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğinizi ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26F8.1	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U.27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

EK-4



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

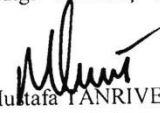
Sayı : 89898353/ 1964 -12579
Konu : Tez Çalışma İzni

11.9/2014

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İLGİ: 10/08/2014 tarihli ve 11774 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden; Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Pelin ZİVDİR'in anket çalışmasını 04 Eylül-31 Aralık 2014 tarihleri arasında yapabilmemesinin uygun olup olmadığı sorulmuş olup, tarafımızca uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.


Uzm.Dr. Mustafa YANRIVERDI
Halk Sağlığı Müdürü

Alaybey Mah. Hürriyet Cad. Yıldız İş Merkezi Kat:3 Şahinbey Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat: S.AYDIN İns.Kay.Şb.Müd.
Telefon : 0342 230 55 80-85 (5 hat) Fax : 0342 220 43 01 Dahili : 1133
e-posta : gaziantep.hsm@saglik.gov.tr Elektronik ağ adresi: www.gaziantephalksagligi.gov.tr
Not .Lütfen yazımıza vereceğiniz cevapta tarih ve sayıyı belirtiniz.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Menopozdaki Kadınların Suçluluk ve Utanç Duygularının Yaşam Kalitesine Etkisi
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	255

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704
	FAKS	0342 360 39 27
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Rabia SOHBET				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği A.D				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği A.D				
	DESTEKLEYİCİ					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ					
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>			
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>			
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>			
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>			
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz						
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		

DEĞERLENDİRİLE N BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLE N DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:
İmza:

Mirhan

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

EK-5 DEVAM

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Menopozdaki Kadınların Suçluluk ve Utanç Duygularının Yaşam Kalitesine Etkisi
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	255

KARAR BİLGİLERİ	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
	DiĞER:	<input type="checkbox"/>
	Karar No:255	Tarih: 11.08.2014

Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.
Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr.Ercan SIVASLI	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr Feridun IŞIK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. .Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr BünYamin KISACIK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Kemal ÜSTÜN	DIŞ HEKİMLİĞİ	Gaziantep Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Seval KUL	BİYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr. Cahide Elif ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	Ex <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Baha Günhan GÜNGÖRDÜ	İNŞ.MÜH (sivil Üye)	GASKİ	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:

İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1990 yılında Tarsus'da doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Tarsus'da tamamladıktan sonra 2008 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünü kazandı. 2012 yılında fakülte birincisi olarak mezun oldu. Ocak 2013-Eylül 2014 tarihlerinde Gaziantep/İslahiye Devlet Hastanesi Pediatri Servisi'nde hemşire olarak çalıştı. 2013-2014 eğitim-öğretim yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans sınavını kazandı ve yüksek lisans eğitimine başladı. 1 Eylül 2014 tarihinde Mersin/Tarsus Devlet Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Servisi'nde hemşire olarak çalışmaya başladı ve halen görevine devam etmektedir.

AKADEMİK ÇALIŞMALAR

1. R. SOHBET, P. ZIVDIR, 'Gaziantep Üniversitesi Gençliğinin Gaziantep'in Kültürel ve Tarihsel Zenginliği Hakkındaki Bilinci', 10. Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi', 2011, Gaziantep. (POSTER SUNUM)
2. R. SOHBET, P. ZIVDIR, 'Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Hemşirelik Öğrencileri Ve Hemşireler Tarafından Algılanma Durumu', '17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi', 2014, Edirne. (POSTER SUNUM)
3. R. SOHBET, P. ZIVDIR, 'Gaziantep Üniversitesi Uygulama Hastanesindeki Hemşirelerin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi', '18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi', 2015, Konya. (POSTER SUNUM)
4. P. ZIVDIR, '4. Ulusal Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi', 2013, Ankara.
5. P. ZIVDIR, '7. TSK Ulusal Hemşirelik Kongresi', 2014, Ankara.
6. P. ZIVDIR, '1. Uluslararası Gaziantep Diyabet Sempozyumu', 2013, Gaziantep.
7. P. ZIVDIR, 'Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Yenidoğan Yoğunbakım Sertifika Programı', 2013, İstanbul.
8. R. SOHBET, P. ZIVDIR, 'Menopozdaki Kadınların Suçluluk ve Utanç Duygularının Yaşam Kalitesine Etkisi', 'International Science Symposium', 2016, İstanbul. (SÖZEL SUNUM)
9. R. SOHBET, P. ZIVDIR, 'Effect of Feelings of Guilt and Shame on Life Quality of Women in Menopause', 'Journal of Menopausal Medicine', 2016.